70

# THÈSE

## POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

# THÈSE

POUR

## LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

**Édouard GRASSET**

Né à Calonne-Ricouart (Pas-de-Calais) le 8 juillet 1885

# ÉTUDE CLINIQUE

SUR LA

# RÉTENTION PLACENTAIRE

## dans les Utérus fibromateux

*Président :* MONSIEUR LE PROFESSEUR BAR

PARIS

LIBRAIRIE DES FACULTÉS DE MÉDECINE

**OLLIER-HENRY**

**26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, (VI^e^ Ar^t^). = PARIS**

*(Anciennement 8, Rue Casimir-Delavigne)*

1911

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

| | |
|---|---|
| **Doyen** | M. LANDOUZY |
| **Professeurs** | MM. |
| Anatomie | NICOLAS |
| Physiologie | Ch. RICHET |
| Physique médicale | GARIEL |
| Chimie organique et Chimie générale | GAUTIER |
| Parasitologie et Histoire naturelle médicale | BLANCHARD |
| Pathologie et Thérapeutique générales | ACHARD |
| Pathologie médicale | WIDAL, TESSIER |
| Pathologie chirurgicale | LANNELONGUE |
| Anatomie pathologique | Pierre MARIE. |
| Histologie | PRENANT |
| Opérations et appareils | HARTMANN |
| Pharmacologie et matière médicale | POUCHET |
| Thérapeutique | MARFAN |
| Hygiène | CHANTEMESSE |
| Médecine légale | THOINOT |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie | CHAUFFARD |
| Pathologie expérimentale et comparée | ROGER |
| Clinique médicale | HAYEM, GILBERT, DEBOVE, LANDOUZY |
| Maladies des enfants | HUTINEL |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale | Gilbert BALLET |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques | GAUCHER |
| Clinique des maladies du système nerveux | DEJERINE |
| Clinique chirurgicale | Pierre DELBET, QUENU, RECLUS, SEGOND |
| Clinique ophtalmologique | DE LAPERSONNE |
| Clinique des maladies des voies urinaires | ALBARRAN |
| Clinique d'accouchements | BAR, PINARD, RIBEMONT-DESSAIGNE |
| Clinique gynécologique | POZZI |
| Clinique chirurgicale infantile | KIRMISSON |
| Clinique thérapeutique | A. ROBIN |

## Agrégés en exercices

MM.

BALTHAZARD
BERNARD
BRANCA
BRINDEAU
BROCA André
BRUMPT
CAMUS
CARNOT
CASTAIGNE
CHEVASSU
CLAUDE
COUVELAIRE
DESGREZ
DUVAL Pierre
GOUGEROT
GREGOIRE
GUENIOT
GUILLAIN
JEANNIN
JOUSSET André
LABBE Marcel
LANGLOIS
LAIGNEL-LAVASTINE.
LECENE
LENORMANT
LEQUEUX
LERI.
LOEPER
MACAIGNE
MAILLARD
MORESTIN
MULON
NICLOUX
NOBECOURT
OKINCZYC
OMBREDANNE
PROUST
RATHERY
RETTERER
RICHAUD
ROUSSY
ROUVIERE
SCHWARTZ
SICARD
TERRIEN
TIFFENEAU
ZIMMERN

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

*MEIS ET AMICIS*

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/etudecliniquesur0017vari

A TOUS MES MAITRES

DE LA FACULTÉ LIBRE DE MÉDECINE

DE LILLE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BAR

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

DE PARIS

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

*Chevalier de la Légion d'honneur*

# PRÉFACE

Avant d'aborder notre travail il nous reste à remplir un devoir fort agréable : celui de remercier publiquement tous ceux qui, de près ou de loin, ont contribué à notre formation intellectuelle et morale.

Nous crierons tout d'abord bien haut notre reconnaissance à nos chers parents. Après avoir entouré notre enfance des soins les plus doux et les plus affectueux, ils n'ont reculé devant aucun sacrifice pour nous permettre de mener à bien notre formation scientifique, C'est à leur vie de travail et de dévouement que nous devons tout ; nous ne l'oublierons jamais et nous nous efforcerons de suivre dans notre vie médicale leur noble exemple.

Nous ne saurions séparer de leur nom ceux de nos sœurs bien aimées qui n'ont jamais cessé de nous encourager ; et nous conserverons le plus doux souvenir du tendre dévouement et de l'affection délicate dont elles nous ont toujours entouré.

Merci encore à nos maîtres dévoués qui au collège s'atta-

chèrent à développer en nous l'idée du devoir et du travail.

Merci surtout à nos maîtres de la Faculté libre de Médecine de Lille, dont les savantes leçons et les judicieux conseils, prodigués tant aux cours qu'à l'hôpital et dans les dispensaires ont contribué à notre formation. Puissions-nous dans notre vie médicale suivre toujours leur exemple et devenir un praticien digne de tels maîtres.

C'est enfin avec un réel sentiment de regret que nous voyons le jour prochain où les devoirs d'une vie nouvelle viendront nous arracher à de solides amitiés fondées pendant nos années d'études.

A tous nos amis, à ceux surtout qui pendant notre vie d'étudiant ont été nos compagnons inséparables de travail et de délassement, nous adressons notre meilleur merci et l'assurance de notre inaltérable amitié.

Nous devons un témoignage spécial de reconnaissance à notre ami le docteur Carlos Lepoutre, chef de clinique chirurgicale, qui a bien voulu nous prêter son gracieux concours pour l'élaboration de notre thèse.

Nous avons trop apprécié la valeur de ses judicieux conseils pour ne pas l'en remercier hautement.

Merci également au Professeur Voituriez qui a bien voulu s'intéresser à notre travail et s'est, du fait, acquis un titre nouveau à notre reconnaissance.

M. le Professeur Bar nous a fait l'honneur de vouloir bien accepter la présidence de cette thèse. Nous l'en remercions profondément et nous le prions d'agréer l'expression de notre très vive et très respectueuse gratitude.

# INTRODUCTION

La coexistence de la grossesse et du fibrome sans être d'une fréquence exagérée ne peut plus être considérée comme un fait exceptionnel, et l'on tend aujourd'hui à admettre avec Pinard qu'elle se rencontre surtout chez les primipares âgées de plus de trente ans. Les cas publiés sont déjà nombreux et plusieurs thèses ont été soutenues sur ce sujet.

On y discute l'influence du fibrome sur la stérilité et l'influence de la stérilité sur l'apparition des fibromes. On étudie longuement les accidents occasionnés par le fibrome pendant la grossesse, le travail et les suites de couches. Et si l'on considère les nombreuses complications rapportées, on s'étonne du petit nombre des observations de rétention placentaire.

Nous avons eu l'occasion l'année dernière, dans le service de M. le Professeur Duret, d'observer un cas de rétention placentaire due à un fibrome sous-muqueux traité par l'hystérectomie précoce. Etant donné le peu

d'ouvrages parus sur ce sujet, et les résultats obtenus, nous avons résolu d'en faire l'objet de notre thèse inaugurale.

Les auteurs sont en général d'accord pour admettre une certaine fréquence de l'avortement ou de l'accouchement prématuré chez les femmes atteintes de fibrome utérin. Sur 241 cas Nauss a relevé 47 fois l'interruption de la gestation. Sur 227 observations Lefour a compté 39 avortements. Pour lui la proportion des avortements est de 1 sur 5, ; 9 celle des accouchements prématurés serait moindre, car il l'estime à 1 sur 9, 8. Par conséquent, au cours de ce travail, lorsque nous parlerons d'accouchement nous aurons aussi bien en vue l'avortement et l'accouchement prématuré.

L'accouchement d'une femme atteinte de fibrôme de l'utérus peut se passer de quatre manières différentes :

1° L'accouchement et la délivrance se font normalement.

2° Le fibrome s'oppose à la sortie du fœtus et par suite à celle du placenta. Dans ce cas la césarienne suivie ou non d'hystérectomie est reconnue utile et nécessaire.

3° Le fibrome permet la sortie du fœtus mais retient le placenta sans autre accident immédiat. Ici les hémorragies tardives sont à redouter.

4° Le fœtus est sorti mais le placenta retenu provoque des accidents immédiats : hémorragie et infection.

Les deux premières éventualités ne rentrent pas dans notre sujet et nous renvoyons le lecteur aux ouvrages

qui traitent la question. Pour ce qui est des deux autres, nous étudierons le mécanisme de l'accouchement et de la rétention placentaire, les symptômes et le diagnostic de cette complication, son pronostic et enfin son traitement. Afin de faire mieux comprendre le mécanisme il nous a semblé utile de rappeler en quelques lignes l'anatomie pathologique macroscopique du fibrôme utérin.

## CHAPITRE Ier

### Anatomie pathologique et pathogénie

Les fibromes de l'utérus existent en nombre variable : quelquefois il ne se développe qu'une tumeur prépondérante avec quelques petits noyaux dans l'épaisseur de l'organe ; les fibromes sous-muqueux sont assez fréquemment solitaires, les sous-péritonéaux sont quelquefois très nombreux, certains utérus sont bourrés de noyaux interstitiels et bosselés de tumeurs sous séreuses, le volume est souvent considérable. Ceux qu'on enlève varient des dimensions d'une orange à une tête d'adulte.

Le siège est relatif : au point d'origine dans l'épaisseur de la paroi utérine ; à la région de l'organe occupée.

Par rapport à la paroi, le fibrome se développe : a) dans l'épaisseur même de cette paroi (*fibrome interstitiel*) auquel cas il reste longtemps sessile ; b) vers une des deux surfaces libres soit la muqueuse (*fibrome sous-muqueux*), soit la séreuse (*fibrome sous-péritonéal*), cir

constance qui en facilite la pédiculisation (*polypes fibreux à évolution vaginale* ou *fibrome abdominal pédiculé*).

Relativement à la région de l'utérus, le fibrome peut prendre naissance : a) *dans le corps de l'organe*, ce qui est la condition la plus fréquente, surtout au niveau de la paroi postérieure ; b) *dans le col*, ce qui est plus rare et ce qui se complique, quand le point de départ est à la portion sus-vaginale du col, du développement du corps fibreux dans l'épaisseur des ligaments larges (*fibrome intraligamentaire*), variété importante par les phénomènes de compression pelvienne auxquels elle donne lieu et par les difficultés opératoires qu'elle suscite.

Ordinairement, les corps fibreux, comme **Cruveilhier** l'avait indiqué par cette détermination, sont des productions isolées du parenchyme même de l'organe par une capsule lamelleuse de tissus cellulaire lâche, d'où la tumeur peut être énucléée : disposition utilisée en médecine opératoire. Mais souvent, cette indépendance n'est point aussi complète et des connexions plus ou moins étroites unissent le fibrome au parenchyme.

Au contact d'un corps fibreux en état de progression le tissu utérin participe à ce développement comme s'il renfermait un produit de conception, ce qui justifie pour certains cas, l'expression de grossesse fibreuse employée par **Guyon**. La déformation de la cavité utérine est constante : en règle générale cette cavité est agrandie ; dans le cas de myomes à saillie sous-muqueuse, la cavité devient sinueuse, condition propice aux réten-

haut. Le pouls bat aux environs de 100 pulsations à la minute ou au-dessus.

On note ordinairement des phénomènes locaux ; le ventre est plus ou moins sensible, les lochies dégagent une odeur fétide, mais d'autres fois au contraire elles ne présentent aucune odeur. **Budin** recommande d'explorer la tonicité de l'utérus en pratiquant le toucher et en cherchant à pénétrer dans l'orifice du col ; celui-ci serait mou et dépourvu de toute tonicité en cas d'infection.

Bien souvent c'est en explorant la cavité utérine qu'on découvre le fibrome cause de tout le mal.

Plus rarement et c'est de ces faits que nous allons nous occuper, le délivre est retenu en entier ne donnant lieu à aucune manifestation. La femme sort de l'état puerpéral en sorte qu'à la longue elle perd la réceptivité morbide spéciale aux premiers jours des suites de couches. Ainsi l'organisme devient vis-à-vis du placenta retenu d'une tolérance remarquable. Ce sont des faits anormaux : cette absence de réactions locales ou générales rend le diagnostic des plus difficiles.

Cette tolérance parfaite du placenta retenu est loin de faire préconiser l'expectation aussi est-il très intéressant de savoir reconnaître cette rétention prolongée pour pouvoir intervenir.

Si nous nous en tenons aux signes classiques, dit **Garipuy**, nous devons établir notre diagnostic de rétention placentaire sur la constatation d'un écoulement sanguin plus ou moins abondant, et plus ou moins modifié dans son apparition, sa durée et son aspect.

## CHAPITRE II

### Symptômes et diagnostic

Le diagnostic de rétention placentaire n'offrira, en général, aucune difficulté puisque bien souvent c'est pour cela que la sage-femme appellera le médecin. Si le cordon n'est pas rompu il sera pendant à la vulve, ou bien encore, si le placenta est inséré sur la tumeur on assistera à des *hémorragies* par défaut de rétraction de la zone placentaire. D'autres fois il n'y aura point d'hémorragie mais on assistera à une *infection puerpérale* rapide. Sur 85 cas de rétention de membranes, **Maygrier** et **Jeannin** relèvent 14 fois des accidents infectieux dont 2 cas mortels. Le soir du troisième jour après l'accouchement mais aussi quelquefois plus tôt un frisson plus ou moins violent parfois très léger ouvre la scène. La femme éprouve du malaise de l'inappétence de la céphalalgie, la langue est blanche et chargée. Le thermomètre monte à 38°, 38°5, 39° ou plus

général se remonta très rapidement ; si bien que le neuvième jour après l'intervention et malgré notre avis formel, l'opérée quittait l'hôpital et rentrait chez elle. Elle y resta sans ceinture appropriée, avec un bandage de corps plus ou moins mal serré ; et lorsque nous l'avons revue le 3 octobre, elle ne semblait pas avoir le moins du monde souffert de ce lever précoce et mal réglé.

L'utérus extrait a été ouvert par une section de sa paroi postérieure. On voit bien sa cavité dilatée, ses parois hypertrophiées comme cela existe toujours immédiatement après l'accouchement Sur la face antérieure un gros fibrome unique à bords saillants et dépouillés de muqueuse. Dans le fond de l'utérus on trouve le placenta et des débris de membrane. On voit à quel maigre résultat avait abouti le curage, et le placenta se retrouve encore presque en entier avec sa face utérine absolument adhérente et sa face fœtale.

On chercha ensuite à curetter le fond utérin au moyen de la longue curette, mais le résultat ne fut pas non plus satisfaisant.

La question se posa alors d'enlever d'abord le fibrome par une myomectomie intra-utérine, et d'extraire le placenta ensuite. L'extraction du fibrome qui se présentait en somme sous la main eut été facile ; mais le docteur Lepoutre écarta cette intervention qui lui sembla dangereuse à plusieurs points de vue. D'abord elle pouvait amener une hémorragie dangereuse, vu le développement considérable des vaisseaux de l'utérus et du fibrome pendant la grossesse. En second lieu, la parturiente semblait en imminence d'infection ; la température était de 38° La myomectomie dans ces conditions non seulement ne permettait pas une action directe sur l'infection, mais par l'établissement d'une plaie large et anfractueuse semblait plutôt devoir l'aggraver.

Une intervention radicale paraît donc indiquée. La malade est dans un état d'affaiblissement marqué ; elle a perdu beaucoup de sang, pris une assez grande quantité de chloroforme, subi depuis quelques jours des douleurs et des interventions multiples. Les traits sont tirés, le nez pincé. On se contente de tamponner l'utérus et on fait une injection sous-cutanée de 300 gr. de sérum artificiel.

Le 19, au matin, M. le Professeur Voituriez voit la malade. Dans les circonstances qui lui sont rapportées et après examen local confirmant les constations précédentes il croit que seule l'hystérectomie peut sauver la malade et il se décide à la pratiquer sur-le-champ.

L'opération ne présente pas d'incidents. Elle consiste en une hystérectomie subtotale avec ablation des annexes. Les ligaments larges et les utérines sont pincés et liés avant de procéder à l'extirpation de la masse. Péritonisation. Drainage abdominal.

Cette intervention rapidement menée fut très bien supportée par la malade. On lui fit encore 300 grammes de sérum. L'état

docteur D..., put décider la malade à se rendre à l'hôpital.

Elle y entre le 18 août, vers 5 heures du soir, salle Saint-Augustin. Monsieur le docteur Lepoutre, chef de clinique chirurgicale, appelé, fait endormir la malade et dans l'anesthésie, après les précautions antiseptiques d'usage, introduit la main dans la cavité utérine pour extraire le placenta.

La main est d'abord arrêtée par une masse siégeant sur la paroi antérieure de l'utérus faisant saillie dans la cavité et présentant dans son ensemble le volume d'un œuf de poule. Cette masse est régulière, et de consistance caractéristique, présentant à la fois la dureté et l'élasticité du caoutchouc.

Il s'agit évidemment d'un fibrome. Ce fibrome est immédiatement sous-muqueux ; et sous l'influence de l'accouchement, peut être des manœuvres ultérieures ou du travail intime de l'utérus, la muqueuse s'est déchirée sur les confins de la tumeur, de telle sorte qu'on peut passer le doigt dans une certaine étendue entre le fibrome et le muscle utérin et qu'on a l'impression de pouvoir facilement décoller la tumeur et l'amener au dehors.

Il fallait d'abord chercher à extraire le placenta. C'est ce que l'on fit. La main droite introduite jusqu'au fond de l'utérus et la main gauche accrochant et abaissant ce même fond à travers la paroi abdominale. On put de la sorte décoller un peu le placenta mais avec beaucoup de mal. On tenta d'introduire la main gauche, espérant que les manœuvres seraient plus faciles. Mais le résultat fut en somme peu satisfaisant et on s'aperçut qu'on n'arriverait pas de cette manière.

Pendant ces manœuvres on put faire une constatation intéressante. Sous l'influence du corps étranger constitué par la main, l'utérus se contractait de temps en temps. Au moment de ces contractions on eut la sensation très nette que tout l'effort du muscle utérin tendait à chasser le fibrome. Les bords de la tumeur se soulevaient et s'extériorisaient de l'utérus lui-même. L'action sur le placenta au contraire était absolument nulle.

changement de caractère, cortège fréquent de cet état. Vers la fin de juillet on observa l'écoulement de glaires sanguinolentes pendant les huit premiers jours d'août, des pertes de sang « comme une femme qui a ses règles » dit la patiente. Mais tout rentre dans l'ordre et rien n'avait été changé dans ses occupations ordinaires. Cependant elle ne perçoit plus les mouvements fœtaux.

Le 15 août dans la matinée, première douleur très violente ; la sage-femme appelée ne constate rien. Vers neuf heures du soir nouvelles douleurs, agitations caractéristiques. Le travail était commencé. Il se poursuit pénible, très douloureux, mais cependant sans incident notable et le 16 août, à deux heures du matin madame D... accouche d'un fœtus mort de cinq mois environ. Il était du sexe féminin, bien conformé et se présentait normalement par le sommet.

Cependant la délivrance ne se faisait pas. La sage-femme étonnée examine la parturiente, et, sans préciser son diagnostic, pense qu'il se présente un nouveau fœtus. On attend les événements. L'écoulement de sang lent mais continu inquiète la patiente. Les examens longs et répétés laissent persister l'hésitation. Enfin comme rien ne se présente on se décide à appeler M. le docteur D..., qui voit la malade vers trois heures après midi. Celui-ci trouve une femme épuisée par l'insomnie, les pertes de sang et la douleur. Il n'y a pas à ce moment d'écoulement sanguin marqué : les contractions utérines sont nulles. Il propose la chloroformisation dans le but de vider l'utérus mais cette intervention est refusée. Arrès une injection vaginale il fait un tamponnement à la gaze iodoformée dans le but de provoquer la réapparition des douleurs. Le lendemain, rien n'était survenu. Il y avait un léger état fébrile (38° environ) à travers le col un peu entr'ouvert on sentait la tumeur qui semblait avoir le volume d'un gros œuf... Les conditions ambiantes étaient déplorables pour une intervention un peu importante et M. le

III. — Enfin une dernière cause de rétention placentaire par fibrome nous a été révélée par l'observation suivante. Elle n'est autre que la combinaison des deux précédentes. Dans ce cas on a nettement la sensation que l'utérus se contracte sur la tumeur, l'énucléc pour ainsi dire et concentre tous ses efforts sur elle alors que la région placentaire reste inerte. On conçoit dès lors : la lenteur ou même l'absence de décollement du placenta et d'autre part l'importance de l'obstacle apporté à la sortie du placenta par le fibrome implanté au-dessous de lui.

## OBSERVATION (inédite)

VOITURIEZ et LEPOUTRE. — *Rétention placentaire due à un fibrome sous-muqueux. — Insuffisance du curettage. — Hystérectomie précoce. — Guérison.*

D.... Angèle, 36 ans, ménagère, n'a pas d'antécédents pathologiques à signaler. — Réglée à 11 ans elle le fut toujours régulièrement : les pertes de sang duraient quatre à cinq jours. — Mariée elle eut un enfant à l'âge de dix-huit ans elle n'a gardé le souvenir d'aucune complication. Depuis il n'y eut plus aucune interruption des règles.

En l'interrogeant spécialement, on lui fait dire que depuis deux ans les règles sont un peu plus abondantes et qu'on observe même des caillots. Jamais elle ne dut interrompre ses occupations de ce fait : elle ne ressent pas de coliques ; est seulement un peu fatiguée. Pas de pertes de sang dans l'intervalle des règles, Un peu de leucorrhée.

Au début de l'année 1910 commence une nouvelle grossesse. Les dernières règles se présentent en mars. La grossesse se passe à peu près normalement et l'on ne peut s'étonner des vomissements, des pesanteurs dans le bas-ventre, voire même du

tion gravidique, l'utérus de notre malade était justiciable de l'hystérectomie (la pièce pèse plus de deux livres) et il déterminait des troubles de compression vésicale très accentués. Cette femme de 40 ans avait déjà fait une fausse couche, il est probable qu'elle n'aurait pas mené à terme, sans danger, une nouvelle grossesse.

A l'examen de la pièce on reconnaît au centre la cavité utérine, le placenta auquel fait suite, le cordon s'attache très solidement au niveau du fond et de la face antérieure ; au-dessous de lui, on voit le fibrome sous-muqueux, qui empêchait le doigt et la curette d'atteindre le placenta inséré au-dessus de lui, dans une sorte de niche.

La rétention placentaire n'était pas due à l'obstacle mécanique produit par le fibrome sous-jacent presque aussitôt après l'opération, une fois la pièce ouverte, nous avons pu en saisissant le placenta, lui imprimer de fortes tractions sans déterminer son décollement. Il faut donc admettre qu'il existe ici une insertion anormale du placenta.

On admet depuis les travaux de **Wertheim, Maygrier, Helley, Scwanzenbach,** etc., que les fibromes sous-muqueux jouent un grand rôle dans les rétentions placentaires. **Hofmeïer** le premier décrivit l'adhérence anormale du placenta par atrophie de la caduque, le placenta s'insérant directement sur le muscle utérin ; depuis sont venues les observations de **Léopold, Neumann, Kworostânsky, Weiss, Alexandrow, Henle, Freud, Eahem**, etc. En 1905 **Brindeau** et **Nattan-Lauier** ont publié des observations d'adhérence anormale du placenta dans les utérus fibromateux où les villosités se mettaient en contact direct avec le muscle utérin, ainsi que le montra l'examen histologique.

Un examen ultérieur a montré que l'adhérence était due à la pénétration des villosités dans le muscle utérin, et d'autre part à une infiltration et sclérose placentaires.

cissement situé vers l'isthme. La palpation bimanuelle fait percevoir un utérus gros remontant jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic uniformément dur, mais irrégulier avec une bosselure grosse comme le poing en avant et à droite.

Le diagnostic de rétention placentaire par fibrome est évident.

On tente la délivrance artificielle. Or, il était impossible d'atteindre le placenta avec le doigt ou la curette, car le fibrome sessile qui bombait au niveau du col, empêchait le doigt de pénétrer et faisait dévier la curette, comme il est facile de le comprendre.

On décide de pratiquer d'emblée l'hystérectomie abdominale, sans tenter d'enlever le placenta par une opération partielle par voie vaginale.

Une fois le ventre ouvert, on constate que l'utérus comprend deux portions, l'une postérieure, latérale gauche, molle, répond à l'utérus proprement dit ; l'autre antérieure, latérale droite forme une masse dure, grosse comme le poing, répondant à un fibrome. Il exixte en somme deux fibromes sans compter de nombreux petits nodules, l'un qui tombe dans le col, l'autre qui fait saillie sous le péritoine.

Le col put être sectionné immédiatement au-dessous du fibrome, que l'on sentait par l'exploration vaginale. Fermeture de la paroi en trois plans, sans drainage.

Suites opératoires parfaites ; 25 jours après l'opération la malade sortait guérie.

Nous avons pratiqué l'hystérectomie abdominale saus tenter d'enlever le placenta par voie vaginale pour plusieurs raisons.

La première, crainte de l'infection : la fausse-couche était faite depuis 64 heures, le vagin était sale, il avait été tamponné avec des linges plus que douteux ; sa désinfection eut été difficile, donc opérer par voie basse, énucléer le fibrome, c'était s'exposer à l'infection, sans être certain d'arrêter l'hémorragie.

De plus par son volume, même en dehors de toute complica-

## OBSERVATION I

BAUMGARTEN et P. MOURE. — *Rétention placentaire dans un utérus fibromateux, hémorragie. — Hystérectomie. — Guérison.*

Femme de 40 ans ; dans les antécédents une fièvre typhoïde. Réglée normalement à 12 ans, elle fit sans complications une fausse couche de trois mois à l'âge de 26 ans. Depuis l'âge de 34 ans, elle souffre de l'abdomen, douleur continue dans le bas ventre, avec irradiations à la face antérieure des cuisses. Depuis quelques mois, troubles de compression vésicale pollakiurie et envies impérieuses d'uriner.

Les règles normales durent 4 à 5 jours ; entre les règles, pertes blanches assez abondantes, tâchant le linge.

Au mois de décembre dernier, les règles s'arrêtèrent ; la malade, croyant venue la ménopause ne pensa pas à la possibilité d'une grossesse. Pas la moindre perte de sang durant quatre mois et demi. Le vendredi 23 avril 1909, coliques très vives vers 2 heures du matin, elle expulsa, sans grosse hémorragie immédiate, un fœtus. Quelques heures plus tard, hémorragie abondante, qui persista durant la journée ; une sage femme consultée fit un tamponnement. La malade rentra à l'hôpital 64 heures après l'expulsion du fœtus.

Femme assez fortement anémiée ; on constate un écoulement sanglant pas très abondant mais continu par la vulve, après issue du cordon. Le toucher montre un col mou, ouvert, dans lequel le doit introduit vient butter contre une tumeur de la grosseur d'une orange, arrondie, régulière, lisse, dure située à la partie antéro-latérale droite. En essayant de pénétrer plus profondément dans le col, en se servant du cordon comme guide on est complètement arrêté et le doigt ne peut franchir le rétré-

Au contraire il y aura peu de chances de voir la tumeur subir un déplacement, lorsqu'elle sera largement sessile et insérée près du col ou sur lui, surtout lorsqu'elle sera fixée dans l'excavation par des adhérences ; la multiplicité des fibromes est encore une condition défavorable.

Une fois l'accouchement terminé par ce mécanisme, l'utérus et le fibrome reprennent leur place dans l'excavation ; et dès lors, si la tumeur est située au dessous du placenta, se trouve établie une barrière qui s'oppose à la sortie de ce dernier.

II. — Mais une cause bien plus fréquente de rétention est le défaut de décollement du placenta dû soit à des adhérences anormales, soit à l'inertie utérine. Celle-ci commence à se faire sentir pendant l'accouchement. « Le fibrome forme pour ainsi dire un écran qui arrête la contraction » (Treub) et elle persiste au moment de la délivrance. Elle peut amener des hémorragies formidables, mortelles mêmes, surtout dans le cas peu fréquent, mais impossible à prévoir, d'insertion du placenta sur la partie myomateuse de la paroi utérine. Il existe alors des adhérences anormales et la saillie de la tumeur laisse parfois sur le placenta une empreinte bien reconnaissable. (Tarnier.)

L'observation suivante est un bel exemple de ce mode de rétention placentaire.

d'un enfant vivant. Le mécanisme de cette ascension singulière et vraiment extraordinaire réside pour **Depaul**, dans ce fait que le raccourcissement des fibres longitudinales de l'utérus pendant la contraction redresse cet organe tout entier verticalement et peut en même temps attirer le fibrome en haut. Tarnier attache plus d'importance à la dilatation du col et dit que celui-ci en se dilatant entraîne avec lui le fibrome vers la périphérie de l'excavation pelvienne et le rapproche des fosses iliaques où il finit quelquefois par glisser, en laissant l'excavation libre pour l'engagement. Il faut tenir compte également d'un autre élément ; nous voulons parler de l'allongement subi par le segment inférieur pendant le travail, allongement sur lequel **Demelin** et **Blanc** ont attiré l'attention et qui contribue à élever la tumeur.

L'ascension des fibromes semble s'effectuer plus aisément dans certaines conditions particulièrement favorables. On l'observe surtout avec les présentations du siège ; outre que le siège forme, comme nous savons, une extrémité conïque qui s'engage mieux que le sommet, il contribue encore suivant la remarque de **Tarnier**, en s'insinuant entre la paroi pelvienne et la tumeur à refouler cette dernière vers l'un des côtés de l'excavation, puis au dessus du détroit supérieur. Les autres circonstances qui facilitent cette ascension se rencontrent lorsque l'insertion du fibrome est élevée sur le segment inférieur, lorsqu'il fait saillie vers la face externe de l'utérus, et surtout lorsqu'il est plus ou moins pédiculé.

partie pour livrer passage au fœtus ; puis après la naissance de celui-ci elle rentre dans le vagin.

Tantôt le déplacement se produit par en haut. Ce phénomène très curieux bien mis en lumière par **Depaul**, **Tarnier**, **Guéniot**, dans la discussion de la société de chirurgie de 1868-69 a reçu le nom d'*ascension des fibromes*. Il consiste dans un mouvement d'élévation de la tumeur qui remonte peu à peu dans le petit bassin au fur et à mesure que la partie fœtale s'y engage et qui finit par basculer au-dessus du détroit supérieur laissant l'accouchement se terminer spontanément. Parfois cette ascension ne se fait que d'une façon incomplète, mais suffisante cependant pour qu'on puisse terminer l'accouchement par les voies naturelles.

Ce déplacement peut se produire dans les circonstances les plus imprévues, alors même que l'excavation est presque obstruée complètement par le fibrome et qu'il semble que l'accouchement sera impossible ou qu'une opération césarienne sera inévitable. **Depaul, Tarnier** et d'autres auteurs ont observé des faits de ce genre. **Maygrier** a rapporté l'histoire d'une dame enceinte dont l'excavation était remplie par deux fibromes très volumineux qui rendaient le col absolument inaccessible et chez laquelle l'hystérectomie semblait être la seule voie possible pour l'extraction du fœtus. Tout avait été préparé pour l'opération césarienne lorsqu'après quelques heures de travail les tumeurs remontèrent, le col devint accessible et l'accouchement put être terminé par une application de forceps, qui amena la naissance

croissement rapide indiquent l'opération, on trouve souvent dans un fibrome d'apparence normale des points sarcomateux disposés autour des vaisseaux de la tumeur. Ces sarcomes tendent à la gangrène, à la nécrose commençant par la partie centrale ; beaucoup de fibromes à cavités lacunaires, en général les *fibromes kystiques* ne sont que des fibro-sarcomes dont la portion sarcomateuse s'est nécrosée.

La rétention du placenta dans un utérus fibromateux peut être dûe à plusieurs causes : 1° un obstacle s'opposant à sa sortie lorsqu'il est décollé.

2° un défaut de décollement soit par inertie utérine soit par adhérences anormales.

3° la combinaison de ces deux causes.

I. — Lorsque le fibrome est bas situé il peut provoquer par sa situation une déviation du col qui ferme complètement le canal cervical en accolant les parois opposées : ou bien même par le fait seul de sa présence il obstrue complètement le col utérin et s'oppose dès lors à la sortie du placenta. Mais dira-t-on, dans ce cas, le fœtus devrait aussi être retenu. Comment donc a pu se faire l'accouchement ?

Les auteurs admettent qu'alors il se produit un déplacement de la tumeur. Ce déplacement peut s'opérer dans deux sens différents. Tantôt il a lieu par en bas ; la tumeur implantée sur le col ou le segment inférieur et pédiculée se laisse repousser par la partie fœtale, apparait à la vulve au moment de l'expulsion et se dégage en

tions septiques. La muqueuse utérine est atteinte d'endométrite glandulaire ou interstitielle, avec dilatations vasculaires marquées : cette endométrite fougueuse, hémorragique, joue un rôle important dans la production des hémorragies symptômatiques du fibrome.

*Dégénérescence.* — Il est classique d'admettre que la ménopause amène dans les fibromes une condensation fibreuse de leur masse, un arrêt de leur développement, une diminution de leur volume. Mais au contraire on voit fréquemment des fibromes, jusqu'alors tolérés, se compliquer à cette période de la vie, de phénomènes hémorragiques ou douloureux.

Les fibres composant la tumeur s'incrustent parfois de matière calcaire ; le fibrome subit une véritable pétrification.

Par opposition à ces fibromes densifiés ou calcifiés, la tumeur peut être atteinte par des altérations variables de ramollissement. Parfois il s'agit d'un véritable *œdème* de la masse ; dans d'autres cas, le fibrome se ramollit par dégénérescence graisseuse, comme on peut l'observer après l'accouchement, et est capable alors de disparaître en s'associant au processus d'involution de l'utérus. Quelques fibromes sont mous par *transformation myxomateuse :* cette lération débute, comme toutes les transformations, par le centre.

L'évolution *sarcomateuse* des fibromes est fréquente ; comme l'a dit **Pilliet**, si on examine avec soin les fibromes qu'enlèvent les chirurgiens, c'est-à-dire ceux qui par leurs symptômes de douleur, d'hémorragie ou d'ac-

Le sang peut être remplacé par un écoulement séreux très peu coloré mais parfois on peut rencontrer des débris noirâtres formés de caillots et de caduques. **Tarnier, Doleris**, **Goret** ont entre autres auteurs bien insisté sur l'importance de ces pertes. Mais même dans les cas de rétention incomplète on peut n'observer rien de semblable ainsi que **Brindeau** en a observé un cas très net dans une rétention placentaire datant de deux mois. Enfin nous ne devons pas compter sur ce signe, s'il s'agit de rétention totale très prolongée, c'est-à-dire de délivre continuant à vivre sans modifications importantes.

Les douleurs pelviennes ou les douleurs expulsives sont sans caractères et manquent d'ailleurs dans la majorité des cas.

Nous ne devons pas compter, par conséquent, sur les signes fonctionnels pour faire notre diagnostic. D'un autre côté, étant données l'occlusion du col utérin et, d'une façon générale l'absence de réactions de l'utérus vis-à-vis du placenta retenu dans les cas qui nous occupent, nous pouvons comprendre que même l'examen physique sera souvent délicat ; cependant il permet seul le diagnostic.

Nous n'insisterons pas sur les caractères du col constatés par le toucher, car le seul point important, c'est-à-dire la fermeture de son orifice, s'observe et fait croire à la vacuité de l'utérus ou tout au moins à la continuation d'une grossesse. Quant aux autres signes tirés de l'examen du col, situation, consistance, etc., nous sa-

vons ces signes essentiellement trompeurs et, comme pour le diagnostic de la grossesse normale au début, ainsi que l'enseigne **M. Bonnaire,** nous ne pouvons en tirer aucun renseignement pour le diagnostic de la rétention placentaire.

L'appréciation par le toucher palper du *volume* de l'utérus a plus d'importance. Bien qu'il y ait toujours après l'expulsion du fœtus une diminution du volume utérin, jamais dans les cas de rétention placentaire totale l'utérus ne revient à ses dimensions primitives. Signe excellent si la femme a été examinée avant son avortement, mais bien difficile à interpréter si le premier examen n'a pas été fait.

Comme dernière ressource dans ces cas on pourra pratiquer deux examens à intervalle assez éloigné et la constatation du non accroissement de l'utérus éliminerait l'idée d'une grossesse encore en évolution mais ne fournirait aucun renseignement sur le diagnostic de la rétention.

Les modifications de forme de l'utérus ont peu de valeur diagnostique car si dans la majorité des cas l'utérus a conservé sa forme, il en est d'autres où le placenta, enchatonné le plus souvent au niveau d'une corne utérine soulève la paroi de l'organe simulant un fibrome du corps utérin. La forme dans certains cas peut cependant attirer l'attention. On sait en effet que l'utérus gravide au début de la grossesse devient sphérique ; l'utérus dans les cas de rétention placentaire n'a que très exceptionnellement cette forme ; mais c'est là encore un

signe trompeur, car ainsi que M. **Bar** l'a bien montré le point où l'œuf se greffe au début de la grossesse est de nature à modifier singulièrement la forme de l'utérus gravide au début et enlève ainsi au « petit ballon » des classiques une grande partie de sa valeur diagnostique.

Le meilleur élément pour arriver à la connaissance de la rétention placentaire réside ici comme pour le diagnostic de la grossesse au début dans la *consistance spéciale de l'utérus.*

Dans le cas de rétention du placenta l'utérus n'a pas la dureté d'un utérus normal ou fibromateux et non pas non plus la mollesse spéciale, la consistance de figue mûre de l'utérus gravide. C'est donc entre ces deux états que nous trouverons la consistance spéciale constatée sur la totalité de l'utérus ou, plus souvent, surtout dans le cas d'utérus fibromateux, sur une de ses parties, et permettant le diagnostic des cas qui nous occupent. Il y a évidemment là une éducation nécessaire du toucher, un doigté spécial que la pratique seule permet d'acquérir ; toutefois notre diagnostic sera facilité par les symptômes fonctionnels accompagnant les états qui peuvent simuler la rétention totale du délivre. Il en sera ainsi pour les diverses métrites, pour les fibromes et pour les troubles plus difficiles à différencier de l'involution utérine.

Dans la sub-involution surtout, l'augmentation de volume joint au ramollissement congestif de l'utérus rend le diagnostic des plus délicats. Si nous rencontrons cette sub-involution chez une nourrice et qu'elle

ne s'accompagne d'aucun trouble, nous pourrons la rattacher facilement à l'allaitement. S'il s'agit au contraire de la sub-involution durable véritablement pathologique, propre aux multipares, les difficultés seront au maximum. Toutefois dans ces cas l'utérus sera en général douloureux au toucher, ce que nous n'observons pas dans la rétention du délivre.

Enfin, comme dernière ressource, nous ne devons pas hésiter, après avoir éliminé une grossesse encore en évolution, à dilater le col de l'utérus et à pratiquer le toucher intra-utérin, qui nous permettra en même temps de reconnaître l'existence des fibromes et leur implantation. Il est vrai que, assez souvent, nous aurons déjà posé le diagnostic de fibrome avant de faire le toucher intra-utérin.

Dans certains cas il est facile de reconnaître que l'utérus gravide est le siège de fibrome : la paroi utérine est irrégulière, bosselée en un ou plusieurs points ; ces tumeurs deviennent surtout apparentes au moment de la contraction utérine :

On a quelquefois pu croire, alors même que la main profondément introduite avait pris contact avec des saillies fibromateuses, à l'existence d'une grossesse multiple lorsqu'il n'y avait qu'un fœtus dans un utérus fibromateux (**Tarnier**). Ce qui différencie assez bien le fibrome de la partie fœtale c'est que la contraction utérine lorsqu'elle se présente rend le fibrome plus apparent, plus dur, le fait se dessiner pour ainsi dire sous la paroi utérine, tandis que la partie fœtale disparait en quelque

sorte derrière la paroi utérine contractée et ne devient nettement perceptible que dans l'intervalle des contractions.

Cette confusion d'un fibrome avec une partie fœtale a même pû être faite par le toucher dans certains cas où la tumeur fibreuse pédiculée se présente à l'orifice du col.

Le diagnostic de l'utérus fibromateux avec la grossesse extra-utérine concomitante présente d'assez grandes difficultés : la saillie formée par la tumeur peut être prise pour un kyste fœtal accolé à l'utérus. Mais il faut dire que ces cas sont plutôt des curiosités anatomiques.

Le diagnostic est particulièrement délicat avec le rétrécissement du bassin. Il est alors nécessaire de pratiquer le toucher manuel pour reconnaître la véritable nature de l'obstacle c'est-à-dire une tumeur fibreuse siègeant à la partie postérieure de l'utérus et venant créer une sorte de rétrécissement.

Enfin il faut se souvenir qu'on peut se trouver en présence de tumeur stercorale. Ou bien une vessie prolabée, déviée, diverticulaire, remplie d'urine et tendue. Une règle clinique formelle est de commencer par vider les réservoirs.

La tumeur pelvienne qui entraîne le plus d'erreurs est le kyste dermoïde de l'ovaire dur ou pâteux occupant un cul de sac postéro-latéral du vagin, déviant le col en avant, etc. Dans un cas de **Demelin**, l'erreur a pû être d'autant moins évitée que la paroi antérieure de l'utérus était formée de petits fibromes, en même temps qu'un

kyste dermoïde de l'ovaire simulait un fibrome prœvia.

Il arrive aussi que l'une des moitiés d'un utérus double représente à s'y méprendre certains fibromes du segment inférieur. On aura enfin à différencier les tumeurs dures ou molles attenant aux os du bassin, les kystes hydatiques de la région, les kystes du vagin etc. etc. Le toucher rectal, le toucher vaginal avec deux doigts ou avec toute la main sous chloroforme, en un mot tous les moyens cliniques d'investigation seront mis en œuvre pour élucider un problème aussi ardu.

Il est bon toutefois d'ajouter que ces différentes anomalies qui pourraient en imposer pour un fibrome sont rarement causes de rétention placentaire. Par conséquent elles ne viennent pas compliquer le diagnostic autant qu'on pourrait le croire.

## CHAPITRE III

### Pronostic

Le pronostic de la rétention placentaire par fibrome tire sa gravité : 1° de la présence du placenta, et 2° de celle du fibrome.

Il est prouvé qu'après un avortement dans les premiers mois de la grossesse, le placenta peut rester impunément plusieurs semaines et même plusieurs mois dans l'utérus sans amener d'autres troubles. **Péraire,** dans la *Revue des Sociétés savantes* (novembre 1908), cite un cas de rétention placentaire sans accidents pendant un mois. Détachement du placenta quatre jours après un curettage. Rupture du cordon déterminée par les tractions d'un médecin. Malgré cette rétention, ni hémorragies, ni leucorrhée, ni fièvre, ni phénomènes péritonéaux. Le placenta n'est nullement altéré ; il n'offre aucune mauvaise odeur ; il est aussi frais qu'après

l'expulsion du fœtus. L'intégrité de ses connexions vasculaires avait maintenu sa vitalité et explique l'innocuité de la rétention prolongée.

Mais il est certain que dans l'immense majorité des cas la rétention placentaire donne lieu aux plus graves accidents, soit hémorragies, soit infection puerpérale.

Les complications tirées de la présence même du fibrome ne sont pas plus rassurantes. On peut observer quelquefois, bien qu'assez rarement, des accidents de compression. L'observation de Tumer en est un bel exemple. Les accidents s'aggravèrent après l'avortement et la malade succomba.

Indépendamment des hémorragies de la délivrance on peut encore observer des hémorragies dues au fibrome lui-même. Elles sont plus ou moins tenaces et s'accompagnent de douleurs de reins souvent atroces (**Lefour**). Ces hémorragies sont assez sérieuses dans certains cas. Aussi la régression de l'utérus devra-t-elle toujours être suivie avec le plus grand soin.

Mais les accidents le plus à redouter sans aucun doute à cette période sont les accidents d'infection. Par leur volume les fibromes gênent l'écoulement des lochies comme ils se sont opposés à la sortie du placenta et facilitent ainsi la production de l'infection. Il se fait de l'endométrite septique, puis s'il s'agit d'un fibrome sous muqueux l'infection se propage très aisément à la loge celluleuse du fibrome, puis au corps fibreux lui-même dont elle détermine la suppuration et la gangrène. Ce

sont là des accidents très graves qui ont souvent la mort pour conséquence.

Au résumé, une femme atteinte de fibrome de l'utérus est plus exposée aux dangers d'une infection puerpérale et de plus, moins en état de la vaincre.

Sur ce point important voici ce qu'écrit **O. Eugestrom** l'éminent gynécologue de Helsingsfors : « De la littérature médicale l'impression se dégage que, jusqu'à ces derniers temps, on a attribué au myome de l'utérus une influence mauvaise sur la grossesse, l'accouchement et les suites de couches ». Les myomes, dit **Lefour**, constituent une complication grave et pour la mère et pour l'enfant. Et si les périls cessent pour l'enfant au moment de son expulsion hors des organes génitaux, ils persistent pour la mère. Ici se pose cette question importante : Le myome de l'utérus crée-t-il par sa présence une disposition à l'infection durant le puerpérium ?

On a introduit dans la littérature médicale des chiffres provenant de dates assez anciennes qui marquent la mortalité très élevée dans le puerperium, hémorragie et infection étant les grands dangers. Toutefois un examen critique plus soigneux de ces chiffres démontre que ce tableau est plus noir que la réalité.

Cependant c'est un fait indiscutable que, par suite d'un myome de l'utérus, le travail de l'accouchement est gêné et prolongé. La tumeur, d'autre part, est exposée à des lésions soit du fait du traumatisme de l'accouchement, soit des interventions nécessaires, ce qui prédispose à la dégénérescence carcinoma-

Heuse. Enfin on sait les risques d'hémorragies post-partum.

D'autre part il a peine besoin de rappeler que les occasions de l'infection sont nécessairement augmentées par la prolongation du travail, éventuellement par les interventions plus ou moins agressives rendues nécessaires, etc.

Aussi la réponse à la question ; le myome crée-t-il une prédisposition à l'infection ne peut-elle être résolue que par l'affirmative.

Or, le fibrome d'une part, la rétention placentaire d'autre part se compliquant la plupart du temps d'infection puerpérale ou d'hémorragie, nous sommes amenés à considérer comme presque inévitable soit l'une soit les deux éventualités dans le cas de rétention placentaire par fibrome.

Le pronostic est donc des plus graves si l'on n'intervient pas au plus vite.

## CHAPITRE IV

### Traitement

En présence d'une femme atteinte de fibrome utérin et en état de rétention placentaire, quelle conduite convient-il de tenir ?

Plusieurs modes de traitement sont à envisager :

*a*) Nous avons d'abord le traitement conservateur. Alors, ou bien on parviendra à enlever le placenta par curage manuel ou par curettage, remettant à plus tard la myomectomie ; ou bien encore on enlèvera d'abord le fibrome et ensuite le placenta ; ou enfin on fera suivre ces deux opérations de la castration.

*b*) Et en second lieu nous pouvons avoir recours à l'opération mutilatrice c'est-à-dire à l'hystérectomie.

Nous allons voir et discuter les indications de ces différentes manières d'agir.

I. — Il est de règle aujourd'hui que la première chose à faire est de tenter la *délivrance artificielle*. Pour cela

l'asepsie la plus rigoureuse est indispensable. L'accoucheur relève ses manches jusqu'aux épaules et désinfecte avec soin ses mains, avant-bras et la partie inférieure des bras par un brossage au savon suivi de lavage à l'alcool et au sublimé. Cependant un aide ébarbe les poils de la vulve qu'il savonne énergiquement et lave au sublimé, puis il pratique une injection vaginale antiseptique. Alors seulement l'opérateur introduit la main. Parfois il n'a qu'à repousser en haut le segment inférieur fibromeux pour cueillir le placenta décollé, mais d'autres fois il devra lui-même opérer ce décollement. Lorsqu'il n'existe pas d'adhérences anormales, le décollement manuel est très simple. La main à plat est poussée de bas en haut ; l'extrémité des doigts rapprochés effectue la séparation en pleine caduque utéro placentaire. Au fur et à mesure que l'on progresse, on incline la main à droite et à gauche et on décolle sur les côtés, tantôt avec le bord cubital tantôt le bord radial de la main qui agit à la manière « d'un coupe papier tranchant les feuillets d'un livre » (**Budin**). Pendant ce temps la main gauche appliquée sur la paroi utérine sert de soutien à cette paroi.

Mais il arrive dans certains cas que le placenta reste inaccessible à la main de l'opérateur. L'observation suivante nous en est un bel exemple.

## OBSERVATION (in thèse Turner)

Turner. — *Avortement, — Rétention placentaire dans utérus fibromateux. — Délivrance impossible — Mort le sixième jour.*

Richt..., âgée de 40 ans, est entrée le 13 mars 1899 à la Maternité de l'hôpital Boucicaut. Elle est mariée depuis 17 ans et n'a jamais eu d'enfants. Sa santé habituelle est bonne. Réglée à 12 ans les menstrues étaient profuses et de longue durée, 8 ou 10 jours en moyenne. Cette malade était venue à la consultation en 1895 et on avait reconnu alors une tumeur siégeant sur la paroi antéro-latérale gauche de l'utérus, dure, bosselée, assez mobile et offrant le volume d'une noix de coco. Elle faisait saillie sous la paroi abdominale et causait des douleurs assez vives au moment des règles. Elle supportait vaillamment ses douleurs et ses ménorragies et ne voulut pas entendre parler de l'opération qu'on crut devoir lui conseiller. Il fut convenu qu'elle viendrait se faire examiner de temps à autre, mais elle n'en fit rien.

La masse fibromateuse augmenta d'une façon progressive et continua pendant 2 ans sans produire des troubles appréciables. La malade menait une vie active. Les règles ne vinrent pas plus abondantes. En 1898 elles furent supprimées pendant deux mois et, depuis, elles parurent moins colorées plus aqueuses et toujours abondantes.

Cette aménorrhée passagère coïncidait avec une anémie manifeste et la décoloration de la face qui devint un peu terreuse mais elle ne suffit pas à troubler le moral de la malade ; elle fut, au contraire, cause de son indifférence lorsque, plus récemment une circonstance analogue se produisit.

Il y a 4 mois, en effet, que Mme Richt n'a pas vu ses règles. La dernière menstruation apparut au commencement du mois

d'octobre 1898, très discrète d'ailleurs, et peu après, des symptômes de grossesse se produisirent sous forme de troubles divers : appétit capricieux, nausées et vomissements sans efforts, le matin de préférence, une sialorrhée abondante : la malade avait constamment la bouche emplie d'une salive mousseuse.

Le ventre se développa rapidement sans devenir douloureux. De janvier 1899 au 13 mars, il a, dit la malade, doublé de volume. L'idée ne lui est pas venue qu'il pût s'agir d'une grossesse, l'énorme et rapide développement de l'abdomen et l'apparition d'un œdème considérable des membres inférieurs réussirent cependant à l'inquiéter et elle entra à l'hôpital Boucicaut.

*Examen.* — Le ventre est développé comme dans une grossesse à terme. Les membres inférieurs sont très œdématiés. La malade accuse dans les reins et les cuisses des douleurs qui vont jusqu'à la priver de sommeil. Elle éprouve, vers le soir, une oppression assez vive.

On constate que l'abdomen est rempli par une volumineuse tumeur qui remonte à 6 travers de doigt au-dessus de l'ombilic. La surface présente des saillies secondaires qui semblent s'être greffées sur une masse principale. L'une des saillies, la plus apparente, siège sur la ligne médiane immédiatement au-dessus de l'ombilic et pointe fortement en avant sous la paroi abdominale. A la palpation, elle semble jouir d'un léger degré de mobilité transversale et verticale. Le palper est très douloureux au niveau du flanc droit.

Au toucher l'excavation est remplie par des masses dures bosselées et volumineuses qui déprimentet effacent les culs-de-sac du vagin. Celui-ci est très court et déformé.

Pour trouver le col utérin il faut suivre une fissure étroite et tortueuse, resserrée entre la tumeur pelvienne et la symphyse pubienne. On arrive péniblement à l'atteindre très haut en avant et à droite ; encore ne prend-on contact avec lui que de l'extrémité de l'index. Il est réduit à une saillie inappréciable, dure,

avec un orifice à peine perceptible. De toute évidence la masse pelvienne est un fibrome développé sur la paroi postérieure de l'isthme utérin, qui a envahi entièrement le bassin et repoussé en haut le segment vaginal de l'utérus.

Quant à l'utérus lui-même, impossible d'en prendre connaissance, ni par le palper, noyé qu'il est au centre des masses fibromateuses qui émergent de ses parois et poussent leurs saillies volumineuses de tous les côtés.

Nulle modification des seins.

L'auscultation de l'abdomen ne permet d'entendre qu'un souffle rude, dû à la compression des vaisseaux par la tumeur.

L'auscultation du cœur fait reconnaître un souffle systolique à la pointe qui se propage vers l'aisselle.

L'auscultation du poumon révèle des signes de compression et un léger œdème des bases.

L'urine contient un peu d'albumine.

L'alimentation est difficile.

Le facies est pâle, jaune, amaigri ; l'état général déprimé. Pendant une quinzaine de jours, on a tenté de réconforter la malade, et on a mis à profit ce délai à la fois pour préciser le diagnostic et pour prendre une résolution au point de vue du traitement.

Loin de s'améliorer, l'état a empiré. La dyspnée, l'œdème, l'albuminurie, le volume du ventre surtout ont augmenté rapidement.

Il faut reconnaître que la situation était loin d'offrir toute la netteté désirable.

Y avait-il grossesse ? Aucun signe physique ne permettait de l'affirmer.

Cependant je penchais pour le fibrome gravidique, en raison des signes réflexes. Mon collègue et ami, M. Gérard-Marchant, émettait l'hypothèse d'un fibro-sarcôme utérin à marche rapide et l'accroissement extraordinairement prompt de la tumeur à

une période si peu avancée de la grossesse présumée (4 mois ?) joint à l'état de cachexie profonde et subite de la malade semblaient lui donner raison.

M. Baudron estimait avec nous que l'opération était dans tous les cas singulièrement hasardeuse, vu l'état de la malade.

Malgré tout et pour laisser une suprême chance de survie, on résolut la laparatomie, afin d'éclairer, si possible, le diagnostic et de faire l'hystérectomie.

La malade passée dans le service du docteur Gérard-Marchant, souffrait beaucoup. Le 3 et le 4 avril elle est prise d'une perte de sang assez abondante. Dans la nuit du 5 au 6, expulsion d'un fœtus de 4 à 5 mois, aplati, laminé. Le cordon se rompt spontanément.

L'interne du service de chirurgie, M. Guéry, fait demander M. Turner, qui trouva l'orifice cervical situé très haut, immédiatement en arrière du bord supérieur de la symphyse, entr'ouvert et conduisant dans un canal long, tortueux, sans possibilité aucune d'atteindre le placenta. Injection intra utérine.

La malade fut renvoyée à la maternité. Comme l'expulsion du délivre ne se faisait pas, on tenta de l'extraire.

La curette et les pinces pénétraient à 20 centimètres au-delà de l'orifice du col qui pouvait, quoique difficilement, être fixé par une pince à tractions. Il fut aisé de juger, après quelques tentatives prudentes qu'on arriverait à rien : le trajet cervical démesurément long, sa direction flexueuse, l'impossibilité d'abaisser le corps de l'utérus perdu au milieu des masses fibreuses, de reconnaître même approximativement, le siège du placenta qui pouvait être logé dans une anfractuosité utérine constituaient autant d'obstacles insurmontables. On fit une large irrigation intra-utérine et un tamponnement à la gaze iodoformée.

La malade était très affaissée depuis son avortement. Le 10 avril, la dyspnée augmenta notablement ainsi que l'albuminerie.

Le 11, des phénomènes d'obstruction intestinale apparurent. Vomissements, pouls à 120, température normale.

On fait des lavages d'estomac ; on ne peut songer à une opération.

La malade succombe le lendemain.

La température n'a jamais dépassé 37°2. Elle était de 36°8 à 37° depuis l'avortement.

Aucune fétidité de l'écoulement lochial.

II. — On pourra parfois dans certaines conditions *faire l'ablation de la tumeur par le vagin ;* c'est lorsqu'elle est aisément accessible sur toute son étendue par cette voie ; les fibromes pédiculés du collet du segment inférieur sont particulièrement justiciables de cette intervention. Elle s'impose même absolument dans quelques cas comme dans l'observation rapportée par **A. Hergott**. Il s'agissait d'une femme chez laquelle après l'accouchement une tumeur du volume d'une tête fœtale resta pendante à l'orifice vulvaire ; c'était un fibrome implanté sur la lèvre antérieure du col, fibrome qui par son déplacement, avait permis à l'accouchement de se faire spontanément, et n'avait pu ensuite rentrer dans le vagin. Cette tumeur en imposait à première vue pour une inversion utérine et il est important de rappeler que dans ces cas on doit se mettre en garde contre cette erreur de diagnostic, erreur si préjudiciable à la femme qui a malheureusement été commise un certain nombre de fois. S'il y a rétention placentaire, dès que le diagnostic de fibrome est bien établi on enlève la tumeur et rien n'est plus simple alors que de pratiquer la délivrance artificielle.

Sur 18 ablations de fibromes faites par le vagin après l'accouchement (17 cas cités par **Chalbazian** et 1 cas d'**A. Hergott**) dont 10 aussitôt après l'accouchement et 8 un peu plus tard, il y a eu quatre insuccès. Ce qui fait une mortalité de 22 pour 100.

Néanmoins il est très probable qu'avec les progrès de l'anti-

sepsie la mortalité diminuerait dans de fortes proportions.

Si les tentatives précédentes n'étaient pas possibles (obs. 1 et 2) il resterait le choix entre l'opération conservatrice : curettage ; l'opération mutilatrice : hystérectomie.

*Le nettoyage* a été employé quelquefois et avec succès dans des cas de rétention placentaire par fibrome ; telle l'observation suivante rapportée par Doleris.

## OBSERVATION

Doleris. — *Avortement. — Rétention placentaire dans l'utérus fibromateux. — Curettage. — Myomectomie abdominale consécutive. — Guérison.*

Mme S...., âgée de 37 ans, entrée à la maternité de l'hôpital Boucicaut le 31 janvier 1899, perdait du sang en abondance et souffrait de violentes coliques utérines.

En 1897, elle avait un arrêt brusque des règles, suivie de ménorragie. Tout était rentré dans l'ordre jusqu'en décembre 1899. Elle s'était mariée, entre temps, en mai 1898. Ce mois là, elle ne vit pas ses menstrues revenir. Le 10 janvier, elle fut prise d'une hémorragie qui se renouvela le 29 du même mois. Le mari raconte qu'il fallut changer deux draps et deux serviettes. Il fallut faire un tamponnement vaginal. Les douleurs étaient surtout vives du côté de l'abdomen.

Elle entre dans mon service deux jours après.

Au palper, on sent une tumeur qui, au premier abord, semble par sa partie supérieure, faire corps avec la paroi abdominale et qui remonte à gauche, un peu au-dessus de l'ombilic. On peut s'assurer, cependant, qu'elle est légèrement mobile, par des mouvements de bascule de gauche à droite. Une deuxième tu-

meur, plus petite, globuleuse, qui s'isole bien de la paroi, fait saillie à droite, au-dessus du pubis. Toutes les deux sont régulières, de consistance dure, fibreuses à n'en pas douter, et séparées par un sillon.

Ces deux masses se fusionnent en bas avec le corps de l'utérus, que le toucher et le palper combinés permettent de reconnaître, augmenté notablement de volume et remplissant l'excavation pelvienne. Il s'évase à sa partie supérieure et on sent un nodule fibreux faisant saillie sur la paroi interne de l'isthme.

La malade, comme il a été dit, a des douleurs expulsives et des pertes de sang. L'interrogatoire ne nous apprend pas qu'il y ait eu expulsion d'un fœtus ou de parties placentaires. Toutefois l'évidence même d'un avortement en train de s'effectuer, nous autorise à pousser l'examen plus avant.

L'hystéromètre poussé dans le col, avec les plus grandes précautions, est arrêté à quatre centimètres par un nodule fibromateux qui l'obstrue presque complètement, et que nous n'essayons pas de dépasser.

La malade fut mise au repos.

Un nouvel examen pratiqué le 5 janvier, et 2 autres le 8 et le 12 février, permirent de préciser encore mieux la situation. La paroi abdominale étant moins tendue, la tumeur fibreuse gauche parut plus mobile, même pédiculée. Le corps de l'utérus volumineux et mou tranchait bien par sa moindre consistance, avec les deux tumeurs accessibles par le palper abdominal. L'écoulement du sang continuait et la malade allait s'affaiblissant.

Quelques fragments nombreux avaient été expulsés. Il n'y avait aucune raison de persister dans l'expectation. Le docteur Deven, cousin de la malade, qui me l'avait confiée, insista pour une intervention immédiate et nous décidâmes de pratiquer, d'abord l'évacuation de l'utérus subordonnant l'opération radicale aux indications :

Le 13 février, tout était préparé pour le curettage et la laparotomie, la malade est endormie par le chloroforme.

Du sang noir sirupeux découle du col, dont la portion cervicale est ramollie, dilatable.

Dilatation avec les bougies de Hégar. L'orifice interne est résistant : le trajet cervical forme un canal de 6 centimètres de long, rigide dans son tiers supérieur et obstiné par la petite saillie d'un petit noyau fibromateux, en avant et au niveau de l'orifice externe. Deux larges incisions latérales sont pratiquées sur le col et, après l'introduction successive des plus fines bougies de Hégar, on arrive à des calibres assez forts, mais non sans effraction des tissus. Enfin la bougie de Hégar de 18 millimètres est introduite et un petit écouvillon pénètre aisément. Il ramène des caillots, des fragments de placenta et des débris de fœtus. Curettage, lavage de l'utérus et tamponnement intra-utérin à la gaze iodoformée créosotée.

Le docteur Devi insiste alors pour que l'on profite de ce que la malade est endormie pour que la laparatomie soit pratiquée extemporanément, afin d'extraire les tumeurs fibreuses. La paroi abdominale est incisée et la cavité mise à découvert.

On tombe immédiatement sur une tumeur oblongue, pédiculée, du volume d'une tête de fœtus à terme, insérée sur la corne gauche de l'utérus. La tumeur, du côté droit, est sessile et en grande partie intrapariétale. Excision et énucléation. Les sutures et les ligatures sont faites à la soie. Section au thermocautère. L'utérus, renfermant d'autres nodules fibreux, de petit volume inclus plus ou moins profondément dans le muscle, et l'organe lui-même n'offrant pas de grosses dimensions, nous procédons à la castration bilatérale.

Cette opération, qui m'a donné, dans des cas semblables, de très bons résultats, me paraissait offrir l'avantage d'un traumatisme moindre que l'hystérectomie, ce qui n'était pas à dédaigner, vu l'état de la malade.

Suture de la paroi abdominale en plusieurs plans.

Suites tout à fait normales, sauf quelques phénomènes réac-

tionnels durant les trois ou quatre premiers jours. La température est restée entre 37 et 37°5.

La malade quitte le service au bout de vingt-sept jours en très bonne santé.

Mais dans la plupart des cas d'utérus fibromateux, le curettage est absolument insuffisant en raison de toutes les anfractuosités que présente la cavité utérine dans ces circonstances.

C'est un fait admis aujourd'hui par la presque totalité des accoucheurs que la curette est un instrument aveugle incapable très souvent de détacher des parois utérines tous les débris placentaires qui y sont adhérents. Les exemples à citer ne manquent pas. **Tarnier** et **Budin** rapportent d'après **J. Moser**, qu'une fois même bien qu'on eût râclé, lavé, cautérisé avec le perchlorure de fer, on ne fut pas peu surpris de voir, le lendemain, sortir « un fœtus sans jambes, long de 6 à 7 centimètres, qui malgré l'emploi de la curette coupante, était demeuré dans la cavité utérine sans avoir donné lieu à aucun symptôme ». Nous-même avons conservé le souvenir de la mort d'une accouchée qui succomba, il y a deux ans, à la suite d'accidents septicémiques causés par la putréfaction d'un cotylédon placentaire, laissé dans l'utérus au cours d'une délivrance artificielle.

Après une période latente de huit jours, une hémorragie se déclara tout à coup suivie à bref délai de phénomènes généraux extrêmement graves. On pratiqua d'urgence le curettage et un curettage très consciencieux ; il ne ramena que des lambeaux de muqueuse

utérine. La malade mourut quelques jours après en dépit de tous les efforts faits pour la sauver et l'autopsie montra fixé à la partie supérieure de la cavité utérine, ainsi qu'un champignon minuscule, le cotylédon placentaire, cause de tout le mal.

Le curettage peut être aussi une opération dangereuse. On l'a accusé de provoquer quelquefois une perforation utérine. L'apparition de ce redoutable accident est facilitée par la mollesse toute particulière de l'utérus pendant la période puerpérale, par la paralysie et la friabilité de sa musculeuse. L'opérateur peut ne pas s'en rendre compte, la malade anesthésiée, n'accusant pas cette douleur aiguë, syncopale qui a été signalée au cours de curettages chez des femmes non endormies.

L'hémorragie est peu abondante et n'a guère tendance à se faire à l'extérieur. On a cependant, du moins dans certains cas, la sensation d'une résistance brusquement vaincue, puis la curette s'enfonce profondément, disparaît dans l'abdomen : **Cittadini** l'a sentie buter contre le promontoire; en la retirant, on peut amener à la vulve une anse intestinale, (**Von Riper. Veit Martin, Gusserow**, etc.), ou l'épiploon (**Hayre, Bar.**

Une autre considération doit encore retenir notre attention : c'est la fréquence relative de l'hémorragie après le curettage. Le curettage est-il l'auteur de ce méfait ? Cela nous paraît probable ; mais nous pensons qu'il agit non pas seulement d'une façon mécanique en rouvrant les sinus utérins à peine obstrués ou en détruisant

une partie des adhérences placentaires mais aussi d'une façon indirecte en favorisant le développement d'une infection jusque là inexistante ; et personne n'ignore à l'heure actuelle le grand rôle que joue l'infection utérine dans la production des métrorrhagies observées durant les suites de couches et même en dehors de cette période.

Le mécanisme de cette infection est facile à saisir, La dilatation du col par les bougies de Hégar a mis longuement en communication la cavité utérine jusque là aseptique avec le vagin dont la flore microbienne est si riche, on le sait, qu'elle n'est jamais complètement détruite par les injections, quelque antiseptiques qu'elles soient et qnelque répétées qu'on les donne. Les microbes trouvent à coup sûr un terrain de culture excellent sur ce placenta traumatisé par la curette et détaché peut-être par elle d'une partie de ses connexions.

On objectera que le curettage suivi de pansements utérins et d'une série d'injections très chaudes intra-utérines a parfois réussi à faire diminuer des fibromes pariétaux. Mais c'est là l'exception et la myomectomie demeure nécessaire. On a conseillé la *castration* disant que la ménopause amène dans les fibromes une condensation fibreuse de leur masse, un arrêt de leur développement, une diminution de leur volume. De là cette intervention souvent tentée : la production d'une ménopause anticipée par castration tubo-ovarienne. Jusqu'à ces derniers temps, la castration était sous le nom d'Hégar et Batley appliquée à un assez grand nombre

de cas. Cette conduite s'explique par la gravité que présentait alors l'hystérectomie. Mais aujourd'hui que ces deux opérations n'offrent pas plus de dangers l'une que l'autre, la castration doit céder le pas à l'hystérectomie.

En effet à quoi bon laisser à une femme qui ne doit plus avoir d'enfants un utérus porteur de fibromes sans être certain que ces fibromes vont disparaître ? Car il s'en faut malheureusement que la ménopause marque pour ces tumeurs un temps d'arrêt constant. Au contraire on voit fréquemment des fibromes jusqu'alors tolérés, se compliquer à cette période de la vie de phénomènes hémorragiques ou douloureux. On a même reconnu que l'évolution sarcomateuse est fréquente : comme l'a dit **Pilliet**, si on examine avec soin les fibromes qu'enlèvent les chirurgiens, c'est-à-dire ceux qui par leurs symptômes de douleur, d'hémorragie ou d'accroissement rapide indiquent l'opération, on trouve souvent dans un fibrome d'apparence normale des points sarcomateux disposés autour des vaisseaux de la tumeur.

III. — En présence des inconvénients fournis par le curettage même suivi de castration, nous pencherons naturellement vers l'hystérectomie. Restera le choix entre l'opération de Porro, l'hystérectomie subtotale et l'hystérectomie totale soit abdominale soit vaginale.

Un certain nombre de gynécologues sont partisans de l'opération de Porro. C'est une excellente opération

pour les malades anémiées, infectées à fond ou en état de shock qui forcent aux opérations rapides et à un minimum de manœuvres et d'anesthésie. Mais il nous semble qu'elle ne serait pas de mise chez une malade peu fiévreuse et dans de bonnes conditions générales. Et quand on a vu la lenteur d'élimination du moignon transfixé dans le Porro, on lui préfère naturellement l'hystérectomie subtotale.

On a reproché au moignon cervical d'une subtotale dans des proportions encore mal connues mais d'une façon bien prouvée, de donner naissance : 1° à des écoulements de nature particulière où l'infection ne joue pas un rôle bien net et 2° à des néoplasies secondaires plus ou moins tardives, fibromes récidivés ou sarcomes.

Ce moignon serait donc l'origine de complications tantôt simplement incommodantes tantôt au contraire franchement graves. Son évolution ne serait donc pas forcément bénigne, et la question se poserait à nouveau de l'utilité d'un tel moignon ; en d'autres termes la totale ne mettrait-elle pas nos opérées à l'abri de ces diverses complications ? C'est reprendre le parallèle bien périmé entre la totale et la subtotale ; il semble que celle-ci ait cause gagnée. En effet elle est partout décrite comme plus simple, plus rapide et plus bénigne.

Voici une statistique donnée par **Pozzi** en 1903.

| Hystérectomie totale | Hystérectomie subtotale |
|---|---|
| 46 cas 4 morts | 57 cas 3 morts |

La mortalité dans la totale proviendrait des compli-

cations infectieuses amenées par l'ouverture du vagin.

Ce péril vaginal existe toujours, mais on peut l'atténuer et la technique de Chevrier, badigeonnage à la teinture d'iode, donne toute satisfaction. Cette préparation antiseptique du vagin doit être commencée quelques jours à l'avance.

On pourra par ces moyens réduire la septicité du vagin et par suite l'ouvrir sans trop de risques.

Ce péril vaginal diminué, la totale pourrait le disputer à la subtotale. Il semble du reste qu'un mouvement de réaction s'opère en ce moment en sa faveur parmi les maîtres (Delbet) et parmi les chirurgiens parisiens.

Bref le procédé de choix sera l'hystérectomie subtotale ou totale et celle-ci abdominale ou vaginale suivant les préférences de l'opérateur. Et ce dernier basera sa préférence sur tout un concours de circonstances qu'il est parfois impossible de prévoir. Nous dirons d'ailleurs à la louange de l'hystérectomie vaginale que c'est une opération très recommandable lorsque l'utérus est facilement abaissable, de volume non exagéré et le vagin large et dilatable.

Doleris rapporte l'observation d'une intervention de cette nature faite dans son service sur un utérus fibromateux à la suite d'avortement.

## OBSERVATION

Doleris. — *Rétention placentaire dans utérus fibromateux. — Insuffisance du curettage. — Hystérectomie vaginale. — Guérison.*

F...., Marie, 25 ans, domestique, entre à l'hôpital Boucicaut le 14 avril 1899.

Antécédents héréditaires sans intérêt.

Aucune maladie antérieure à noter.

Règle à 13 ans, et depuis cette époque, menstrues régulières.

Depuis 1893 elle est devenue très nerveuse ; la menstruation a pris un caractère douloureux. Parfois douleurs vives en dehors de cette période : leucorrhée abondante. Le 8 février dernier elle a eu ses règles comme à l'ordinaire ; peu après, elle a éprouvé des douleurs abdominales plus vives, des nausées et des vomissements.

Le 21 mars et durant les 15 jours suivants, la malade a perdu de l'eau, du sang, et sans discontinuer une sérosité rougeâtre très abondante au milieu de douleurs continues.

Le 9 avril, dans la nuit, perte de sang rouge, mélangé de caillots.

L'hémorragie devient assez abondante pour nécessiter l'entrée de la malade à l'hôpital. Elle est envoyée par le docteur Baudron mon collègue.

Je l'examine aussitôt : elle est pâle et assez déprimée.

L'utérus remonte tout près de l'ombilic. Il paraît notablement plus volumineux que dans une grossesse de 6 semaines.

Au toucher on sent, en arrière immédiatement sous le doigt, occupant le cul-de-sac de Douglas et remplissant le bassin, une tumeur du volume d'une grosse orange, molle et résistante au

point qu'on aurait pu la prendre pour une tumeur kystique. Néanmoins il me paraît qu'elle fait corps avec la paroi postérieure de l'utérus et qu'aucun sillon n'existe qui permette de la délimiter d'avec cette paroi. Elle n'est nullement mobile. Le col est reporté en haut et en avant vers la symphyse pubienne à laquelle il semble accolé. On reconnaît que l'orifice externe est légèrement entr'ouvert, que le conduit cervical est long et que la masse totale de l'utérus occupe dans l'abdomen une situation anormalement élevée, ce qui explique l'apparente disproportion de son volume par rapport à une grossesse d'un mois et demi. L'index pénètre dans le col et rencontre à peu de distance des débris mous ; ce sont des caillots anciens.

Il est avéré par les renseignements recueillis que l'avortement s'est effectué en totalité ou du moins en grande partie.

Il n'existe aucun signe d'infection.

L'exploration du col et de la cavité utérine est en quelque sorte rendue impossible par le siège déjà anormal du museau de tanche, foyer inaccessible à tout instrument et que je ne réussis pas à abaisser avec la pince à tractions.

Un examen plus circonstancié était indispensable.

*Examen sous le chloroforme ;*

Le 18 avril, la malade perdant toujours du sang, depuis son entrée, est endormie. L'abaissement du col est effectué assez malaisément. L'hystéromètre pénètre à 11 centimètres, à la condition de l'introduire fortement recourbé, et en ayant soin de diriger la concavité de la courbure en arrière, comme dans un utérus rétrodévié. On obtient cette dimension dans l'axe médian. Si on incline l'instrument vers la corne droite, on pénètre à 14 centimètres environ. Il est déjà vraisemblable que la paroi postérieure de l'utérus, distendue par le myome, bombe fortement en avant vers la cavité et que celle-ci décrit un axe courbe concave en arrière. On sait, de plus, qu'il existe un diverticule assez profond vers la corne droite.

La dilatation avec les bougies de Hégar est poussée jusqu'au n° 24. Le toucher intra-utérin permet alors de préciser minutieusement le diagnostic. La position de la tumeur est reconnue ; elle occupe la paroi postéro-latérale gauche de l'utérus et paraît développée aux dépens de la moitié inférieure du corps de l'utérus sur lequel elle est appliquée par une large base d'implantation. Elle se prolonge en bas de façon à distendre notablement le cul-de-sac de Douglas.

Par le toucher rectal, on tombe directement sur le fibrome. Le rectum est fortement aplati.

Le volume de la tumeur dépasse assez sensiblement celui qu'on lui avait primitivement attribué. Sa surface est régulièrement sphéroïdale et sa consistance légèrement ramollie par rapport à la dureté habituelle des fibromes.

La curette promenée dans le fond de la cavité utérine détache et ramène des caillots anciens un peu odorants, dont quelques-uns déjà décolorés qui se trouvaient retenus dans le diverticule formé par la corne droite. Point de débris membraneux. L'opération n'est pas poussée plus loin vu la difficulté extrême de diriger l'instrument avec sécurité.

Après cette évacuation, la masse utérine semble avoir diminué d'au moins le tiers de son volume.

Irrigation intra-utérine, mèche iodoformée à demeure. Les suites furent tout à fait régulières et sans la moindre réaction fébrile.

Pendant les trois semaines qui suivirent, c'est-à-dire jusqu'au 12 mai, la malade perdit d'une façon intermittente un liquide à peine teinté. La masse fibreuse ne diminua pas de volume, le bord supérieur de l'utérus restait élevé, quoique son bord inférieur fut descendu de trois travers de doigt environ. Le col conservait sa position derrière la symphyse.

La constipation était très difficile à vaincre par des purgatifs et des lavements. Le 12 mai, légère perte de sang précédée de

douleurs. L'hémorragie s'arrête le 16 pour recommencer le 19 plus abondante et avec des douleurs plus vives. La malade est extrêmement nerveuse. Elle le devient encore davantage à partir du moment où on lui parle de l'éventualité d'une opération.

Les pertes de sang persistent d'une façon intermittente, sans caractère réellement alarmant, mais suffisantes pour amener un certain affaiblissement général.

Qu'on dût les attribuer à la tumeur elle-même ou à la rétention de quelques débris ovulaires ou déciduaux qui n'avaient pu être atteints par la curette en raison des difficultés signalées plus haut, ces pertes constituaient une indication précise d'intervenir. Il faut ajouter que la longue expectation de près de six semaines n'avait amené aucune diminution dans le volume de la tumeur, ce qui, semble-t-il, aurait dû se produire si l'involution avait suivi sa marche normale. On pouvait donc attribuer le défaut de régression, tout à fait insolite dans ce cas, à la persistance dans l'utérus de parcelles placentaires, abortives ou de caillots organisés.

J'invitai M. Baudron qui m'avait adressé la malade à pratiquer l'hystérectomie vaginale dont nous avions discuté les indications et que nous avions reconnue nécessaire d'un commun accord. Je lui servis d'aide dans la circonstance. L'opération eut lieu le 30 mai.

Elle fut rendue un peu plus laborieuse qu'elle ne l'est habituellement à cause de l'extrême friabilité de la tumeur qui se déchirait sous la pression des pinces. L'utérus lui-même cédait à la moindre traction des instruments. La fragmentation fut opérée de propos délibéré.

L'utérus fragmenté était d'un examen difficile. Il fut aisé néanmoins de constater que la muqueuse était énormément épaissie, de couleur pâle, peu vasculaire, avec quelques tractus sanguins coagulés et adhérents en des zones d'infiltration apoplectique. La paroi musculaire était de même apparence et

d'une friabilité qui ne se pouvait comparer qu'à celle de l'utérus en état de subinvolution ou des parois hypertrophiées d'une trompe gravide après la rupture.

L'aspect de la tumeur était analogue ; le tissu s'écrasait sous les doigts comme le tissu sarcomateux ; il était très infiltré de liquide, et aréolaire par places. La tranche, loin d'avoir l'apparence lisse et nacrée du fibrome ordinaire était d'un blanc mat légèrement jaunâtre. Cependant l'examen histologique montra qu'il s'agissait bien d'éléments musculaires jeunes pour la plupart, avec extasie lymphatique très prononcée et nulle part dans cette substance tout à fait homogène on n'apercevait de modules fibreux isolables. Il s'agissait donc d'un module unique singulièrement hypertrophié dont les éléments paraissaient avoir subi une certaine dégénérescence sans mélange cependant de tissu sarcomateux.

Les suites de l'opération furent marquées par des réactions nerveuses très vives pendant les premiers jours. Les pinces avaient été enlevées au bout de 36 heures.

La deuxième journée, la température monte subitement à 38° 6 et le pouls à 160. Cet état révélait un certain choc, plutôt que des accidents, la péritonite septique. Le ventre était peu météorisé d'ailleurs et tout à fait indolore.

Le quatrième jour, après un traitement approprié, notamment de copieuses injections de sérum par la voie hypodermique, tout était rentré dans l'ordre.

Le choc ici s'accordait bien avec les troubles nerveux, inquiétude, oppression extrême, hoquet, subdélire apyrétique qui existaient dès le lendemain de l'opération et qui reparurent à une phase assez éloignée vers le vingt-sixième jour. A ce moment là malade fut prise de crises nerveuses avec cris et larmes, troubles psychiques ; et quelques jours plus tard il s'y ajoute une véritable paraplégie hystérique. L'état local était excellent. Il le resta toujours depuis, mais les phénomènes névropathiques quoique fort atténués persistèrent encore longtemps.

Ce n'est d'ailleurs pas, bien souvent le choix du procédé qui pourra sauver la malade mais plutôt la précocité de l'intervention. Dans tout utérus fibromateux retenant un placenta, il n'y a pas à compter avec des demi-mesures. Dès que les symptômes d'infection se déclarent il ne faut pas hésiter, mais pratiquer sur le champ l'hystérectomie. Les quelques observations suivantes de même que les autres viennent pleinement nous donner raison.

**Hégar, Freund** et **Obedrecht** furent les premiers à faire la laparatomie suivie de l'ablation de l'utérus pendant les suites de couches pour sauver les femmes de la septicémie. Les trois opérées ont guéri bien qu'elles fussent en proie à une infection grave (**Maygrier**).

OBSERVATION (résumée)

Ribemont-Dessaigne et Lepage. — *Rétention placentaire dans un utérus fibromateux. — Délivrance artificielle. — Mort.*

Ribemont-Dessaigne et Lepage ont observé en 1897 à la maternité de Beaujon, une femme dont l'utérus était farci de fibromes ; après la délivrance artificielle et le tamponnement, un suintement sanguin persista ; la femme mourut. A l'autopsie on trouva à la surface interne de l'utérus des orifices béants de vaisseaux : le tissu musculaire était tellement altéré par la dégénérescence fibromateuse qu'il n'avait pu obturer les vaisseaux.

## OBSERVATION

Monod. — *Avortement. — Rétention placentaire dans un utérus fibromateux. Curettage impossible. Infection. — Hystérectomie. — Mort.* — (in. Th. **Mouchotte.**

G..., 41 ans, femme L..., couturière, entre le 10 mai 1900 à la Maternité de l'hôpital Saint-Antoine (service de M. le docteur Bar).

Rougeôle à 7 ans, scarlatine à 9 ans, fièvre typhoïde à 16 ans, bronchite et pneumonie à 40. Réglée à 16 ans et demi, toujours régulièrement. Pas de pertes blanches. Pas de douleurs abdominales. Pas de métrorrhagies. Quatre grossesses (18, 19, 38, 41 ans) les 2 premières terminées par une fausse couche de 6 mois, la 3e par une fausse couche de 2 mois, la 4e par la fausse couche actuelle. Les 3 premières fausses couches eurent des suites normales.

Grossesse actuelle : dernières règles, 25 janvier.

Le 10 mai à 3 heures du matin la femme expulse son fœtus. Elle est amené à la maternité de l'hôpital Saint-Antoine, à 10 heures du matin, pour être délivrée.

La malade n'a pas perdu une grande quantité de sang. Le toucher révèle un col long et fait constater au-dessus de lui la présence d'un gros fibrome. Ce fibrome fait hernie dans la cavité utérine. Il existe dans cette cavité un petit diverticule à droite et un grand diverticule à gauche. Dans le grand diverticule gauche, la curette pénètre facilement et extrait, outre des caillots, des débris placentaires. Écouvillonnage, tamponnement.

T. s., 37° 3.

11 mai. — T. m., 37°. L'intervention est renouvelée. La curette ne peut pénétrer au fond du diverticule à gauche; les écouvil-

lons y pénètrent, mais ne ramènent rien. Tamponnement intra-utérin.

12. — T. m. 36° 8 ; T. s. 37° 3. Pansement utérin à la gaze iodoformée.

13. — T. m. 38° 2 ; T. s. 37°.

14. — T. m. 38° 2 ; et 37° 5.

15. — T. 37° 4 et 39° 4.

Un peu de céphalée. Pas de vomissements. La malade souffre un peu dans le ventre à gauche.

16. — T. 37° 4 et 37° 6. La malade est passée au pavillon Gosselin, dans le service de M. Monod.

17. — T. 38° 8 ; P., 120, M. Monod pratique une hystérectomie abdominale supra-vaginale. A la section du col utérin, on voit que l'utérus renferma du pus. Thermo-cautérisation de la cavité cervicale. Une mèche est placée dans cette cavité et passée dans le vagin. (Elle demeure en place jusqu'au lendemain). Suture du moignon cervical au catgut. Péritonéalisation. Drain (Mikulicz) Suture de la paroi en un plan. Soir, T., 39° 6 ; P., 120. Nuit, la malade dort.

18. — T., 39° ; P., 128. Respiration 26. Pansement Mikulicz est enlevée. Peu de suintement. Drain changé, ventre souple, non douloureux. Toux pénible. Enrouement marqué. Sérum.

20. — T. m, 37° 3 ; P. 125. Somnolence. La malade devient indifférente. Agitation par moments. Aphonie. Respiration gênée (25 minutes). Ventre ballonné, douloureux à la pression. Pansement, lavement, purgation, sérum.

21. - Vomissements bilieux, fétides, Prostration. Pouls rapide avec température normale. Lors du pansement on constate que le ventre très ballonné, distend fortement les sutures. Suintement purulent de la plaie.

Agitation marquée. A 4 heures la température monte à 38° 6. La malade meurt à 6 heures.

Pas d'autopsie.

*Examen de l'utérus enlevé par hystérectomie.* — L'utérus renferme un fibrome intra utérin à la surface duquel la muqueuse utérine est absente; enlevée par le curettage précédent. Le fibrome est sphacélé superficiellement ; il a une odeur de putréfaction. Le volume est celui d'une tête de fœtus à terme.

Poids de la pièce : 1950 grammes.

Toute la cavité utérine est remplie par ce fibrome sur lequel se moule la paroi. Complètement au-dessus de ce fibrome, inaccessible, adhère au fond utérin le placenta en rétention.

## OBSERVATION

MAUCLAIRE. — *Soc. d'obstétr. de gynécol. et de pœdiatric de Paris, 12 mai 1906, p. 120 et 121. — Suppuration d'un fibrome utérin consécutivement à une fausse couche avec fièvre.*

Plusieurs observations ont déjà été rapportées ici parce que le diagnostic avait été très difficile. C'est un cas de ce genre que je vais résumer aujourd'hui.

X..., âgée de 32 ans, entre le 22 février 1906 dans mon service à l'hôpital Dubois. Dans les antécédents de cette malade on note une fausse couche, il y a 5 ans. Cette jeune femme a toujours été bien réglée, sans métrorrhagie. Les dernières règles dateraient du mois de janvier dernier.

15 février. — Pertes de sang très abondantes avec caillots et fausses membranes après manœuvres abortives probablement.

Depuis, les pertes sanguines sont assez abondantes.

22. — A l'examen de l'abdomen je note une grosse tumeur du volume du poing au-dessus du pubis, à droite de la ligne médiane et collée contre l'utérus. Elle a une consistance ligneuse.

A sa partie supérieure elle est bien distincte de ce que je crois être le fond de l'utérus. Le col est mou, entr'ouvert. L'utérus paraît repoussé à gauche. La tumeur et l'utérus forment une masse qui occupe tout le petit bassin et déborde la symphyse à droite comme je l'ai indiqué ; pas de fièvre.

La malade est maintenue en observation, car je ne sais pas si la fausse couche est faite.

25. — Expulsion d'un fœtus de deux mois.

28. — Expulsion de caillots. La température monte à 39° ; elle persiste les jours suivants.

2 mars. — Curettage utérin qui ramène peu de débris placentaires. La cavité utérine est déviée à gauche. Avec l'hystéromètre on se dirige à gauche, indépendamment de la grosse tumeur dont le volume et la consistance ne diminuent pas.

Les jours suivants la malade a des oscillations de température très grandes, en rapport avec une suppuration très abondante s'écoulant par l'orifice du col utérin. Une tige mouchotte est mise dans l'utérus, mais chaque fois que l'on touche à celui-ci, la température s'élève. La malade ne peut supporter la tige.

6 avril. — La température descend à la normale. La tumeur para-utérine présente toujours les mêmes caractères. Il n'est plus possible de penser à un utérus non regressé. L'abondant écoulement de pus phlegmoneux et verdâtre persiste.

26 avril. — Laparotomie exploratrice. Je trouve un utérus fibromateux très volumineux, asymétrique. La moitié droite et très déformée par un fibrome interstitiel. Sur le fond même de l'utérus on voit s'insérer un petit fibrome sous péritonéal pédiculé et du volume d'une mandarine. Les annexes sont saines.

Hystérectomie supra vaginale.

Les suites opératoires ont été régulières, à l'ouverture de la cavité utérine, on voit que celle-ci est légèrement augmentée de volume. Mais en avant existe une surface au niveau de laquelle

la paroi est irrégulière avec des saillies multiples recouvertes de pus ; cette masse n'est pas énucléable.

S'agit-il d'un fibrome suppuré ou de fragments placentaires retenus ? L'examen hystologique a montré qu'il s'agissait de fibrome (M. Petit) ou de fibrosarcome (Ferrand).

Je pense que cette observation est intéressante tout d'abord, parce que le diagnostic de fibrome interstitiel était difficile à poser. Je pensai plutôt à une tumeur péri-utérine. De plus, les pièces en moins, il était encore difficile de dire s'il s'agissait de rétention placentaire ou de fibrome suppuré. Il est vrai que la consistance devait faire penser plutôt au fibrome chez une femme peu âgée, mais qui n'avait eu aucun trouble utérin jusqu'ici.

## OBSERVATION

TISSIER, *Soc. d'obstétrique de Paris, 9 février 1898, Utérus fibromateux gravide : avortement ; menace d'infection ; hystérectomie. — Présentation de la pièce.*

La malade, femme B.... qui m'a fourni la pièce que je vous soumets, est entrée le 25 décembre au milieu de la nuit, à l'hopital St-Antoine où je supplée le Dr Bar.

C'est une femme de 38 ans, sans antécédents héréditaires importants, bien réglée depuis l'âge de 14 ans et toujours bien réglée depuis lors, n'ayant jamais fait d'autre maladie qu'une rougeole dans l'enfance.

Elle fut mariée une première fois pendant 14 ans sans jamais aucun retard permettant de supposer une grossesse. Puis devenue veuve, elle s'est remariée en juillet dernier et, pour la première fois de sa vie a vu ses règles manquer au milieu de no-

vembre (la précédente époque ayant duré du 10 au 14 octobre). Comme, peu à peu, des troubles gastriques, insolites, d'intensité légère, apparaissaient, et comme, en même temps, il semblait que le ventre grossissait, notre femme ne douta pas qu'elle fût enceinte.

Le mois de novembre se passa bien ; de même le mois de décembre jusqu'au 18 ou 19. A ce moment, sans fatigue particulière, de petites hémorragies vaginales se produisirent et se répétèrent. La malade n'avait remarqué qu'une seule chose : la difficulté depuis une quinzaine, des rapports conjugaux, qui, très normaux jusque-là, ne s'accomplissaient plus qu'incomplètement. Nous en verrons plus loin la cause.

L'hémorragie s'accrut subitement dans la journée du 24 décembre et devenue tout à coup très abondante en s'accompagnant de douleurs abdominales, elle décida la malade à se rendre dans notre service au milieu de la nuit le 25, à 3 h. 1/2 du matin.

A l'examen : femme anémiée avec pouls fréquent, sans fièvre ; les membres inférieurs sont légèrement variqueux, mais la jambe et la cuisse droite sont le siège d'un œdème considérable, la jambe gauche n'étant qu'à peine enflée. Cet œdème ne serait énorme que des jours derniers. Il n'y a pas d'albumine dans les urines et les poumons et le cœur ne sont le siège d'aucun trouble fonctionnel.

Quant au ventre il est manifestement hors de proportion avec les dimensions qu'il devrait présenter s'il n'y avait qu'une grossesse de cinq à six semaines.

La paroi est soulevée par une tumeur irrégulière et bosselée qu'on peut reconnaître à la vue. Cette tumeur mieux délimitée par la palpation est composée de plusieurs portions réunies et formant masse, qui remonte au dessus de l'ombilic, et se confond en bas en un large pédicule derrière le pubis ; elle n'est pas fixée absolument mais ne peut guère se mobiliser ; sa con-

sistance est partout uniformément dure ; elle est mate dans toute son étendue et ne présente pas de fluctuation. Toutes ces investigations sont parfaitement indolores ; la paroi abdominale est mobile sur la tumeur ; la peau n'a subi aucune altération, ni changement de couleur, ni vascularisation anormale. Enfin l'indépendance est certaine vis-à-vis du foie, des reins et de la rate.

En touchant la malade, tout de suite au-dessus de la vulve, le doigt bute contre une tumeur dure, hémisphérique remplissant toute l'excavation. Cette tumeur enclavée dans le canal pelvien, recouverte par la muqueuse vaginale, n'est pas refoulable ni déplaçable ; elle communique évidemment avec la masse sus-pubienne. Le doigt passé en arrière est aussitôt arrêté par le cul-de-sac ; en avant, au contraire, il peut difficilement s'engager, au prix d'une forte compression, dans un chenal extrêmement aplati et très allongé qui mène au-dessus du pubis sur une portion qui semble être un col ramolli d'utérus gravide, légèrement béant, occupé par quelques débris de caillots.

L'exploration rectale fait constater en avant de l'intestin la présence d'une tumeur dure, lisse, arrondie remplissant le pelvis :

*Fibrome utérin multilobé*, avec prolongement enclavé dans le petit bassin, comprimant les vaisseaux iliaques et causant l'œdème.

*Utérus très vraisemblablement gravidique* (grossesse de six semaines).

Quant à la place de l'utérus par rapport à la tumeur, il était plus difficile de se prononcer. Le palper minutieux de la région hypogastrique ne laisse soupçonner nulle part la présence du corps utérin ; partout c'est la résistance uniforme de la masse fibreuse.

Enfin, cette femme enceinte est en imminence d'avortement, et l'on peut considérer que l'évacuation du produit ovulaire par

les voies naturelles obstruées est impossible. Dans ces conditions la putréfaction intra-utérine dans un temps plus ou moins éloigné est presque fatale.

Le fibrome insoupçonné depuis fort longtemps a subi sans doute un accroissement énorme dès le début et du fait de la grossesse ; le prolongement inférieur, en se développant, s'est engagé au-dessous de la ligne innominée et s'est enclavé assez récemment, à croire ce que nous dit la patiente relativement aux rapprochements sexuels.

Le docteur Bar voulut bien examiner la malade et tomba d'accord avec nous sur ce point : 1° que le refoulement de la tumeur était impossible ; 2° que l'espoir de voir, sous les efforts utérins, le canal pelvien se désobstruer, pour permettre l'expulsion de l'œuf ou seulement les lavages détersifs intra-utérins, était illusoire ; que, par suite, l'expectation était dès lors grave imprudence.

Une seule conduite était possible, étant donné le volume de la masse fibreuse ; l'intervention par voie abdominale et l'ablation totale ou partielle selon les circonstance, des fibromes et de l'utérus.

Mais l'intervention immédiate n'était pas nécessaire. Mieux valait gagner quelques jours, désinfecter la patiente, la préparer à l'opération en la tonifiant par des injections de sérum et autres moyens appropriés.

Pendant les quatre jours qui suivirent le jour de l'entrée, il y eut quelques douleurs lombaires et contractions utérines ; les hémorragies ne se reproduisirent pas mais les deux derniers jours, le 28 et le 29 le suintement vaginal rouge-noirâtre, sans présenter à proprement parler de la fétidité, prit un peu d'odeur. Surtout la température axillaire monta le 28 décembre à 39° ; le matin du 28 à 37° 4 et le soir à 38° 4, le matin du 26 à 37° 6 et le soir à 39° 4. On ne pouvait plus attendre, et l'opération fut pratiquée avec l'assistance et la participation active on ne peut plus

précieuse pour nous du docteur Ricard, le 30 décembre, à 11 heures du matin. La température était encore ce matin de 38°.

Je passe rapidement sur les détails opératoires : ouverture du ventre dans la position inclinée. Mise à nu du fibrome au milieu duquel l'utérus est confondu. Pas d'adhérences de voisinage. La tumeur fortement portée en avant, fait, par bascule, désenclaver le prolongement pelvien. La vessie est décollée et refoulée en bas ; le bord supérieur du ligament large gauche, sectionné et pincé avec ligature des vaisseaux ovariens ; le ligament ouvert permet d'arriver tout droit sur l'artère utérine qui est liée.

Même opération du côté droit et section transversale du vagin à son insertion sur le col avec taille oblique du col.

Le canal cervico-vaginal est lavé à la solution forte d'acide phénique, suturé au catgut, recouvert par les lambeaux péritonéaux antérieur et postérieur qui sont suturés à leur tour. Suture de la paroi abdominale au crin de Florence.

L'opération avait duré le temps que je mets à vous l'exposer. Les suites en furent parfaites. La veille de l'opération, la température était de 39° 4 : jamais plus le thermomètre ne monta au-delà de 37°, sauf le lendemain 31 décembre, où il atteignit le soir 38°.

Il n'y eut aucune espèce d'incident si ce n'est le suivant. Le troisième jour, 2 janvier, en dépansant la malade, je vis à la commissure supérieure de la plaie, entre le premier et le deuxième fil, un petit prolongement polyforme rougeâtre, gros comme la moitié du petit doigt, saillant de 2 à 3 centimètres. C'était un petit prolongement épiploïque qui, sectionné, donna un petit jet de sang artériel. Je le liai, le cautérisai à diverses reprises au thermocautère ; en quelques jours tout prit fin.

Les sutures avaient été faites avec le soin de prendre successivement chaque couche, peau, aponévrose, muscle, péritoine ; les points étaient rapprochés d'un centimètre à peu près et cette petite hernie s'est tout de même produite. Même incident m'é-

tait arrivé précédemment lors d'une opération césarienne en octobre dernier.

Le septième jour, les fils furent enlevés ; le vingt et unième, premier lever ; à la quatrième semaine, la malade nous quittait pour retourner chez elle et vaquer à ses occupations. Elle se porte à merveille et, si je ne l'ai pas fait venir ce matin, c'est que j'ai pensé qu'il ne vous intéresserait pas de voir une cicatrice du ventre, un vagin très souple avec un petit col au-dessus duquel on ne sent rien du tout.

Quant à la pièce, elle se compose de trois fibromes, gros à peu près chacun comme une tête de fœtus, divergents et réunis à leur base en une grosse masse. L'utérus n'est reconnaissable d'aucune façon ; aussi nous avons été bien inspiré, lors de l'examen, en nous abstenant de préciser sa situation. Comme sur la face antérieure on voit le col, en incisant dans la cavité du col, nous ouvrons la matrice dont les parois sont constituées par le tissu des fibromes.

La cavité est recouverte de muqueuse ; au fond est appendue comme une sangsue, l'œuf rougeâtre, répondant à peu près à une grossesse de six semaines. A la partie inférieure de cet œuf s'échappe un petit cordon ténu qui est le cordon ombilical : les parois sont infiltrées de caillots de sang ; la cavité tapissée d'amnios est vide.

Dans sa totalité la masse pèse 3 kilog. 135 ; elle est plus haute que large et mesure dans ses dimensions verticales 31 centimètres et dans ses dimensions transversales 19 centimètres. Outre les trois tumeurs principales, dont la plus volumineuse est celle qui faisait saillie dans le vagin, la masse fibromateuse est toute bossuée par sept ou huit autres tumeurs variant du volume d'une noisette à celui d'une mandarine.

La cavité utérine mesure 13 centimètres de hauteur.

Le col est situé à 12 centimètres au-dessus de l'extrémité du prolongement fibromateux intra-pelvien.

OBSERVATION (résumée)

Carle et Gatti. — *Polyclinico, Roma, 1894. citée in th. Guéry. — Fibrome utérin, avortement, endométrite décidiuale. Abcès central du fibrome, Hystérectomie abdominale. Guérison.*

Malade âgée de 35 ans, entre à l'hôpital de Turin le 22 février 1894.

Réglée à 15 ans, à 17 ans, fièvres intermittentes. Depuis 2 ans, les règles viennent irrégulièrement, tantôt tous les 25, tantôt tous les 15 jours, et durent de 7 à 8 jours. Depuis 2 ans aussi, la malade commence à remarquer, dans la région sus-pubienne et plutôt du côté gauche, le développement d'une tumeur dure, du volume d'une grosse pomme ; elle ressent surtout aux époques menstruelles, des douleurs dans la région lombaire.

Le 10 janvier 1894, après un intervalle menstruel de 25 jours, commence tout à coup une métrorrhagie considérable qui va continuer avec des accalmies et des recrudescences jusqu'à la fin de février. Pendant tout ce temps la malade est affaiblie et a souvent la fièvre. Dans la soirée du 22 février les pertes deviennent plus abondantes avec expulsion de gros caillots noirâtres. Le lendemain matin on transporta la malade très affaiblie à l'hôpital ; les pertes s'arrêtent spontanément.

*Examen de la malade.* — A la palpation abdominale, on constate une tumeur arrivant à l'ombilic, globuleuse, de surface lisse, de consistance plutôt molle. A l'exploration vaginale, on sent une tumeur dépendant de l'utérus et un col mou, assez dilaté pour livrer passage à deux doigts. On pense à une fausse couche ; la malade accuse, en effet, depuis quelques mois, des nausées, des vomissements, des modifications du côté des seins.

On porte alors le diagnostic d'endométrite décidiuale suivant un avortement, dans un utérus atteint de fibrome.

Le 23 février 1894, on fait un curettage qui ramène des débris divers, que le microscope montre être des villosités choriales, du tissu glandulaire et des cellules de pus.

Malgré le curettage, la température qui oscillait entre 39° et 40°5 descend d'abord à 38°5, mais reste les jours suivants à 38°6 le matin et 39° le soir.

En présence de cette fièvre persistante, de la persistance aussi d'une grosse masse utérine et d'un écoulement vaginal muco-purulent, on se décide à intervenir. Le professeur Carle pratique l'hystérectomie abdominale totale ; il trouve une masse solide régulièrement ovalaire, très volumineuse, dépendant de l'utérus, non adhérente aux organes voisins. Après l'opération, la température descend à la normale et s'y maintient. La malade se sent de suite soulagée et quitte l'hôpital 26 jours après l'opération.

*Examen de la tumeur.* — La tumeur a l'aspect d'un utérus gravide de 7 mois, elle est dure dans sa partie postéro-latérale droite ; elle est molle et fluctuante dans la partie antéro-latérale gauche.

Le museau de tanche est mou et dilaté, sa muqueuse lisse. La cavité utérine, située sur le côté droit de la tumeur, est allongée et dilatée, sa surface est lisse et dure, elle présente un polype attaché au fond et deux petits fibromes interstitiels. La masse néoplasique est développée dans la partie antéro-latérale gauche de l'utérus, là où on sentait la fluctuation. Si on incise au point ramolli, à une profondeur de 2 centimètres, on arrive dans une cavité sphérique du diamètre d'environ 12 centimètres d'où coule un pus verdâtre, très fétide, contenant des débris sphacélés. La partie postérieure de la tumeur a l'aspect ordinaire des tumeurs fibreuses. Les parois de l'abcès ont une épaisseur maxima de 2 centimètres en avant et une épaisseur minima de 1 centimètre 1/2 en arrière, le séparant de la cavité utérine. Annexes droites normales. Ovaire gauche kystique.

## OBSERVATION

MANN. — *Americ, gynécol. and. obst. Journ. 1896, t. 1, p. 452-453. Fibromes utérins. Avortement provoqué. Rétention placentaire. Infection. Curage complet impossible. Hystérectomie abdominale. Mort.*

Femme de 35 ans, primipare. Lorsqu'elle vint consulter, elle était enceinte de deux mois ; elle avait de grosses tumeurs qui semblaient augmenter rapidement. Inquiète, elle venait demander conseil.

Je fus d'avis d'attendre jusqu'au 4e mois et alors de pratiquer l'avortement si les tumeurs continuaient à augmenter.

Deux mois plus tard cette femme entra dans ma clinique privée. La grossesse était dans son quatrième mois, et l'abdomen avait le volume qu'il a à terme. Comme il me semblait qu'il ne serait pas possible à l'abdomen de contenir les tumeurs et le fœtus, si celui-ci continuait à se développer, je décidai de pratiquer l'avortement.

Je trouvai cet avortement difficile à faire. Finalement le travail commença et le fœtus fut expulsé. La délivrance ne s'effectua pas et je fus obligé d'enlever le placenta avec les doigts et le forceps placentaire. Mes doigts pouvaient à peine pénétrer dans la cavité utérine. Une excroissance, sur le coté droit de la tumeur, obstruait en partie cette cavité et la rendait semi-circulaire. Avec la curette et le forceps, je retirai autant que je pus de placenta et je fis des lavages utérins.

La malade alla bien pendant 2 jours. Le 3me jour, la température monta à 101° 5 F., le jour suivant à 102° avec pouls à 120.

Je fis des douches répétées dans la cavité utérine. Et la température se maintint à 101° F pendant les 5 jours qui suivirent. Le 10me jour, la température remonta à 102° 5 F., avec pouls à 110. Il me semble alors que le moment était venu pour intervenir.

L'opération fut acceptée.

Le 10me jour après l'avortement, j'ouvris le ventre. A ce moment je perçus une assez forte odeur de putréfaction. Je trouvai une grande tumeur attachée au corps de l'utérus avec un pédicule aussi large que le poignet. La tumeur était presque noire et complètement putréfiée. Les intestins n'y adhéraient pas. Enfin il y avait encore sur le corps de l'utérus des excroissances plus petites. Je fis une hystérectomie totale, je lavai la cavité abdominale et mis des drains.

Cependant, il était trop tard et la malade mourut 25 heures après l'opération.

*Examen des pièces.* — Grande tumeur attachée au corps utérin avec pédicule aussi large que le poignet. La tumeur était presque noire et complètement putréfiée. Les intestins n'y adhéraient pas. Enfin il y avait encore sur le corps de l'utérus des tumeurs plus petites. L'ensemble des tumeurs pesait 9 livres.

A l'examen de l'utérus, je trouvai un long canal utérin demi-circulaire et un petit morceau de placenta putréfié resté à l'angle supérieur.

## OBSERVATION RÉSUMÉE

M. Potocki. — *Rétention placentaire dans un utérus fibromateux, après expulsion spontanée d'un fœtus putréfié ; hystérectomie, mort par œdème pulmonaire.*

M. Potocki fut appelé auprés d'une femme ayant expulsé par le mécanisme de l'évolution spontanée, un fœtus putréfié se présentant par l'épaule.

L'expulsion du placenta ne se faisant pas, M. Potocki tenta la délivrance artificielle mais ne put franchir le col utérin. Celui-ci était bourré de fibromes ; douze heures après, l'auteur pratiqua l'hystérectomie abdominale totale avec drainage vaginal.

Pendant quelques jours, l'état général fut bon, la malade recevant 1000 grammes de serum quotidiennement.

Au quatrième jour, la température étant normale, survinrent de l'anasarque, de l'œdème pulmonaire suivi de mort.

L'examen de la pièce montre des fibromes sous muqueux.

Cette série de faits est éloquente et montre mieux qu'aucun raisonnement la conduite à tenir dans des cas analogues.

Evidemment il est des cas, nombreux heureusement où malgré la présence d'un fibrome l'accouchement et la délivrance se passent bien. Dans ces conditions il ne vient à l'idée de personne de conseiller une intervention immédiate. Mais dans les cas identiques à ceux que nous avons rapportés, où la délivrance est quasi impossible naturellement et où l'infection menace il nous semble que le doute n'est pas permis.

# CONCLUSIONS

I. — La rétention placentaire par fibrome après un avortement régulier est possible.

II. — Le toucher intra utérin avec ou sans anesthésie permettra de reconnaître l'existence de rétention placentaire dans un utérus fibromateux.

III. — Hémorragie et infection puerpérale sont les conséquences presque fatales de cet état. L'infection des fibromes est à craindre.

IV. — Le curage digital, s'il est possible, remettant à plus tard une intervention chirurgicale, sera le traitement de choix dans les premiers jours de l'avortement, alors que l'état général est bon. Mais si le curage est impossible et que l'infection menace, l'hésitation n'est plus permise, à notre avis : on rejettera curettage, écouvillonnage et castration pour pratiquer au plus tôt l'hystérectomie.

---

Vu : Le Président de Thèse :

BAR.

Vu ; le Doyen :

D. LANDOUZY.

Vu et permis d'Imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

L. LIARD.

# BIBLIOGRAPHIE


1. Audebert. — *Gaz. hebd. des Sciences méd., Bordeaux*, p, 173, 1896.

1 bis. Bar. — Traité de l'art des accouchements.

2. Batuaud (J). — Les tumeurs fibreuses au point de vue obstétrical. *Rev. chir. et méd. des maladies des femmes, Paris.* 1897, XIX, 72-74.

3. Berger. — *Suppuration des fibromes au cours de la puerpéralité.* Thèse de Paris 1907.

4. Berniolle. — *Les fibromes de l'utérus sous-péritonéaux à pédicule tordu au cours et en dehors de la grossesse.* Thèse de Paris, 1906.

5. Bigex. — *Les fibromes de l'utérus chez les primipares âgées.* Thèse de Paris, 1900.

6. Boivin et Dugès. — Traité des maladies de l'utérus, t. I. p. 69.

7. Boda. — *Indications respectives de l'opération césarienne conservatrice tardive et de l'opération*

*de Porro dans la distocie pelvienne.* Thèse de Lille 1909-1910.

8. Boursier. — *Interventions chirurgicales dans les dystocies pour fibromes.* Congrès de Nantes 1901.

9. Braun von Fernwald. — Wiener méd. Woch., 1890, IX 360. — Myome suppuré pendant l'état gravide. *Méd. Press and Circular*, Londres, 1894 n. s. LXVIII, 381-583.

9 bis. Bonnaire et Letulle. — Le déciduome malin dans ses rapports avec la môle hydatiforme. — *Revue de gyn. et chirurg. abd.* 1901 557.

10. Brieske (Max). — Myom und Schwangeschaft. Berlin, 1894. c. vogt, 24 pages, in-12.

11. Brindeau. — Comptes rendus de la Société d'Obstétrique de Paris, 1903. p. 168.

12. Buisseret. — Des indications de l'intervention chirurgicale dans la grossesse compliquée de fibrôme utérin. *Scalpel*, Liège 1893-1893, XLX p. 20-26, Revue obstétricale et gynécol. Paris, 1892, VIII.

13. Burty — *Contribution à l'étude des fibromes compliqués de grossesse.* Thèse de Paris 1906-1907.

14. Chalbazian. — *Des fibromes du col de l'utérus au point de vue de la grossesse et de l'accouchement.* Thèse de Paris 1882.

15. Chaput. — Deux cas de rétention placentaire, examen histologique. — *Bul. soc anat.* 1890 4

16. Cordemans. — Grossesse développée dans un utérus renfermant plusieurs fibromes interstitiels. Bull. de la soc. belge de gyn. et d'obst. 1808-1899 p. 179.

17. Crofford (T.-J.). — A fibroid tumor complicating delivery. *Southerm Practitionner*. Nashville. Tenn 1893. XV, 279.-285, alsp. *American Journal of obstétrics.*, New-York. 1892, XXVIII, 398-302.

18. Dartigues. — *Chirurgie conservatrice dans le traitement des fibromyomes*. Thèse de Paris 1901.

19. Decio (C). — Sopra un cazo di fibromi multiple del utero complicante la gravidanza. *Atti de Ass. méd. Lomb.*, *Milano* 1891-1892, p. 334.

20. Delettrez. — Grossesse et fibromes utérins. *Semaine gynécologique* 1910 304.

21 Doleris. — *Soc. obst. et gyn. de Paris 1890.*

— *La gynécologie*, 15 février 1900.

22. Dunning (G. H.) — Grossesse compliquée par tumeurs ovariennes et fibromateuses ; remarques sur les indications du traitement. *J. Am. méd. Ass.*, Chicago, 1897, XXIV, 23-25.

23. Duret. — Sur les indications de l'hystérectomie dans les infections puerpérales. *J. des sc. médicales* 1903-313.

24. Esteoule. — *Recherches sur les rétentions prolongées des débris placentaires*. Thèse Paris 1904.

25. Eustache et Delassus. — Rétention d'un fœtus mort et fibrome. Hystérectomie. *J. des sc. médicales* 1900-495.

26. Fieux. — Fibrome et grossesse. *Bulletin méd.* 18 avril 1897, p. 357. — *Soc. d'anat. et de phys. de Bordeaux*, 10 mai.

27. Finet. — Hystérectomie abdominale totale pour

grossesse compliquée de fibrome. Bull. Soc. anat. de Paris 1808, LXXIII 128-130.

28. Foison (J.). — Myome polypoïde du col ; accouchement normal par issue préalable du myome, hors du vagin ; prolapsus consécutif de la tumeur. Opération, guérison. *Congrès période. internat. de gyn. et d'obst.*, 1892. Bruxelles, 1894, T. I., p. 462-465.

29. Fratkin (B.-A.). — Du traitement à suivre dans les complications survenant pendant la grossesse ou l'accouchement par suite de myome de l'utérus. Opération de Porro. *Clinique Vestin*, St-Pétersbourg, 1892 VIII 688-728.

30. Garypuy. — La rétention prolongée de l'arrière faix dans l'avortement. *Presse médicale* 24 avril 1906.

31. Gatti. — Deux cas d'abcès central dans un fibrome. *Il Policlinico*, Roma 1895 t. II, chirurgie p. 324.

32. Giles. — 150 consécutive case of uterine fibroids, *Lancet*, mars 1907, p. 574 et 653.

33. Goret. — *La rétention du délivre dans l'avortement.* Thèse de Paris 1894.

34. Grosse. — Des indications de l'intervention chirurgicale au cours de la grossesse et pendant le travail dans les grossesses compliquées de fibromes. Thèse de Paris 1901-1002.

35. Guermonprez. — Bull. mad. de méd. 1895, t. XXXIV.

36. — — Hystérectomie pour fibrome volumineux. Journal des sciences médicales 1901.

37. Hartmann. — *Annales de gynécol.*, juillet 1897.

38. Hartmann et Toupet. — Des conséquences tardives

de la rétention partielle ou totale du placenta. *Annal. de gyn.* 1905.

39. Ivanoff (A. I.). — *Des complications causées pendant l'accouchement par les fibromes de l'utérus.* Saint-Pétersbourg 1894.

40. Jamain. — *Fibromes utérins et puerpéralité.* Thèse de Paris, 1906-07.

41. Joubert. — *Des indications opératoires au cours de la grossesse compliquée de fibrome.* Thèse de Paris, 1906-07.

42. Keiffer. — Des fibromes pendant la grossesse et l'accouchement. *Rev. prat. des trav. de méd.*, Paris 1897, L. IV. 37-139.

43. Lepage. — Comptes-rendus soc. d'obst., gyn. et pédiatrie 1900, II p. 62.

44. Lesueur. — Tumeur fibreuse de l'utérus empêchant l'extraction du placenta après l'accouchement d'un enfant mort-né. *Bull. soc. anat. de Paris*, 1889 L. XIV, p. 614.

45. Lucas. — *Indications de l'hystérectomie abdominale totale dans le traitement des fibromes compliqués de grossesse.* Thèse de Paris 1899.

46. Mann (M. D.). — The sloughing of uterine fibroids after abortion and labor. Amer gyn. and. obs. Journal, New-York, 1895, VIII, 449-457.

47. Mauclaire. — Suppuration d'un fibrome utérin consécutive à une fausse-couche avec fièvre. C. R. de la Société de l'O. G. P., 12 mai 1806.

48. Maygrier. — Les tumeurs fibreuses compliquant

l'accouchement. Journal de méd. de Paris, 1897, S. IV 107-109.

49. Meheut. — *Contribution à l'étude des fibromes gravidiques*. Thèse de Paris 1901-1902.

50. Monod. — Annales de gynéc. et d'obst. 1897.

51. Mouchotte. — Documents pour servir à l'étude de l'hystérectomie dans l'infection puerpérale post abortum. Thèse de Paris 1903.

52. Nobert. — Fibrome utérin. Accouchement. *Société des Sciences Médicales de Lyon*, séance de novembre 1877.

53. Nogu (P.). — Contributo allo studio dei fibromi uterini complicanti il parto. *Rev. veneta di sc. méd. Venezia* 1896, XXIV 358-365.

54. Orloff (W.). — Sur la théorie de l'accouchement et de la délivrance dans les fibromes de l'utérus qui produisent un retrécissement de la cavité pelvienne. Vratch, Saint-Pétersbourg 1892 XIV 447-451.

55. Parquali (G). — Fibromi e gravidanza. *Atti di* Soc. ital. di ostet. et ginec, Roma, 1897, 111, 117, 114.

56. Pestalozza. — Fibromes et grossesse. *Repert. d'obst. et de gync.* Pavie 1890 p. 316.

57. Pinard. — Annales de gynécol., 1897.

58. — Thèse de Marcopoulos, 1893.

59. — Thèse de Zaborowski, Paris 1891 n° 232.

60. — *Comptes rendus de l'O. G. P.*, séance du 2 mars 1900.

61. — Des fibromyomes de l'utérus. Ann. de gyn. et d'obst. janvier 1905.

62. Porak. — Trois cas de dystocie par corps fibreux. Rép. Univ. d'obstét, et gynecol. 1888 p. 294 1re observation.

63. Potocki. — Soc. d'obst. de gyn. et de pœdiatrie. *Séance du 11 juillet 1910.*

64. Pozzi )S). — Corps fibreux compliqués de grossesse. *Gaz. méd. des hôpitaux de Paris*, 1390, T. 1. VII, p. 241-244.

65. Pujol. — Des rapports réciproques de la grossesse et de la parturition avec les tumeurs fibreuses de l'utérus. Thèse Montpellier, 31 juillet 1896.

66. Pujol. — Un cas de grossesse dans un utérus fibromateux ; mort de la mère après expulsion spontanée à terme d'un enfant mort. *Arch. de gynéc. et de tocol.* Paris 1896 XXXIII 687-691.

67. Remy (S.). — Cas de fibromes énormes observés pendant la grossesse et l'accouchement. *Archives* de tocol. et de gynécol. Paris 1894. XXI.

68. Ribemont-Dessaigne. *Annales de gynécol.* Avril 1890. p. 241.

69. Rosner (A.). — Fibrome utérin et grossesse. *Przeglek*, Krakow, 1892, XXXI, 469, 481, 493.

70. Ross (J.-W). Amer. Journal of Obstetrics 1897 p. 261.

71. Routier. — Annales de gynécol. 1890.

72. Saladin (Raoul). — *Etude sur les polypes intra-utérins avant, pendant et après la grossesse*, Nancy, 1889, 90 pages in-4, n° 291.

73. Salin (M.). — Cas de myome cervical empêchant

l'accouchement. *Forth Sreus Lak Salilk Sammank*. Stockolm, 1898, 19-21.

74. Schroeder. — *Traité d'obstétrique*, cité par Turner.

75. Schuhl. — Inertie utérine pendant un accouchement compliqué de tumeur fibreuse du fond de l'utérus. *Rev. med. de l'Est*, Nancy, 1890, XXII G03-706.

76. Schultz (II). — Fibrome et grossesse. *Orvosi hetil*, Budapest, 1897 XLI, 245.

77. Schwartz. — Bull. et mem. de la Société de chirurgie, 20 décembre 1900, p. 1171.

78. Seguineau. — *Contrib. à l'étude de l'influence des fibromes de l'utérus sur l'accouchement*. Thèse de Lyon 1897.

79. Sutugin (W). — Grossesse et accouchement compliqués de fibromyomes siégeant dans le bassin. *Vratch*, Saint-Pétersbourg, 1891, XII, t. 35.

80. Tarnier. — Grossesse et corps fibreux multiples. *Journal des sages-femmes*, Paris 1892, XX, 124.

81. Tarnier et Budin. — Traité des accouchements. t. III

82. Tissier. — *Bull. de la société d'obst. de Paris*, février 1898, p. 3.

83. Toth (I). — Les résultats de la grossesse et des fibromes. *Orvosi hetil*, Budapest, 1897 XI t. 252.

84. Treub (d'Amsterdam). — Fécondité et fibromes utérins. *Bull. de la Société d'obstétrique de Paris*, 18 février 1901.

85. Tuffier. — Annales de gynécol., nov. 1889, p. 321.

86. Turgard. — Annales de gynécol. 1888, p. 438.

87. Turenne. — Dystocie pelvienne par fibromyome. Opération césarienne suivie d'hystérectomie abdominale. *Annales de gynéc. et d'obst.* janv. 1910.

88. Turner. — *Fibromes et puerpéralité* (*interventions chirurgicales dans les cas de fibromes au cours de la puerpéralité*). Thèse de Paris 1900-01.

89. Van Hasselt. — Fibromyome et grossesse. *Bull. de la Société belge de gyn. et d'obst.*, Bruxelles 1898-1899, IX 6.

90. Varnier et Delbet. — Hystérectomie abdominale totale pour grossesse compliquée de fibromes. Ann. de gyn. et d'obst., 1897, p. 77.

91. Vautrin. — *Traitement des fibromes.* Thèse d'agrégation, 1886.

Imprimerie spéciale de la Librairie Ollier-Henry
26, Rue Monsieur-Leprince. — Paris.